91,496 IÈME ANNÉE N° 1 SAMEDI 4 JANVIER 1896

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle LE CONCOURS MÉDICAL

ET DES SYNDICATS DES MEDECINS DE FRANCE

DIRECTEUR : Dr A. CÉZILLY

Président d'honneur de l'Union des Syndicats, Président de l'Association des Médecins de l'Oise

ABONNEMENTS :

France et Etranger.......... **10 fr.**

Pour MM. les Etudiants, un an. **5 fr**

Prix du numéro : **20 centimes.**

Le CONCOURS MÉDICAL est une association de Médecins qui s'est fondée en 1879, par l'initiative et sous la direction du Docteur Césilly, pour l'étude et la défense des intérêts professionnels. Plus de quatre mille adhérents se sont inscrits depuis la fondation. Pour en faire partie, il suffit d'adhérer aux statuts.

Bureaux et Administration : 23, RUE DE DUNKERQUE (Place de la Gare du Nord).

DEMANDES-OFFRES

N° 149. — Par suite du décès du titulaire, bon poste médical à prendre, sans conditions, dans la Charente-Inférieure. Produit 8.000 fr. environ.

N° 150. — Algérie. A prendre, emploi de médecin de la maison Centrale de Lambise (département de Constantine). 1.800 fr. de fixe avec logement et jardin. Seul médecin dans la commune, on fait la pharmacie. Pays sain et climat tempéré.

N° 151.— Somme. Clientèle médicale à céder : Bourg de 3.200 habitants. Station balnéaire importante. Chemin de fer. Seul médecin. Pressé.

N° 152. — A vendre un Bourgery et Jacob complet, à l'état de neuf. S'adresser à M. le docteur Bastide, de Clermont-Ferrand.

N° 153. — Modeste situation médicale à prendre à Divonne-les-Bains (Ain), d'un rapport d'environ 5.000 francs. La commune a voté une subvention annuelle de 600 francs.

CORRESPONDANCE :

Dr C., à S. (Maine-et-Loire). — Vous nous avez envoyé de précieuses étrennes ; c'est justement le premier janvier que nous avons lu votre lettre. Elle est tellement élogieuse que, mal-

gré nos devoirs vis-à-vis des membres du Concours, auxquels une part de ces félicitations devrait revenir, nous ne pouvons la publier. Soyez assuré, cher confrère, qu'après l'avoir lue et en avoir fait part à ceux de notre intimité, nous en conserverons précieusement le texte et le souvenir. Nous voudrions bien avoir, un jour, l'occasion d'aller à S., vous en remercier de vive voix. Nous répétons souvent que nous avons besoin de ces encouragements, car les difficultés auxquelles on se heurte, sont de bien des genres et laissez-nous vous en citer un exemple d'hier, en reproduisant, dans son intégrité, la lettre suivante, en taisant sa provenance. Sûrement l'auteur est peu conscient des difficultés de notre tâche, puisque, pour une omission bien facile à comprendre et qui n'est même pas de notre fait, il nous écrit :

24 décembre 1895.

Monsieur,

Il faut croire qu'à vos yeux je ne fais pas partie du *Concours médical*, puisque dans votre numéro 51, du 21 décembre 1895, parmi les noms des *membres du Concours* récompensés par l'Académie de Médecine, le mien ne figure pas, et cependant j'ai obtenu une médaille de bronze (Hygiène de l'Enfance). *Ceci n'est pas pour vous demander une rectification, au contraire, je tiens essentiellement à ce que cette omission ne soit pas réparée* (AU BESOIN JE L'EXIGE) ; c'est tout simplement une entrée en matière pour vous aviser *que je continue à faire partie de la Société le Concours médical*, mais que, pour des raisons particulières, je cesse d'être abonné au Journal « le Concours médical ».

Je vous ferai observer que je me suis abonné à ce journal, pour bénéficier de la décision de l'assemblée générale du 7 novembre 1886, par laquelle chaque adhérent nouveau peut se *dispenser* de verser son droit d'entrée à la Société, s'il s'abonne au journal ; je reste membre de la Société professionnelle le Concours médical, en vertu de l'art. 19, des statuts.

Recevez, Monsieur, mes civilités empressées.

Vous voyez, cher confrère, que la tâche est lourde et qu'il est difficile de complaire à tous nos lecteurs. Heureusement que rarissimes sont ceux qui pourraient nous écrire de la même encre que notre correspondant. Nous nous rendons bien volontiers à ce qu'*au besoin il exige !*

Dr B., à P. (Aveyron). — Nous serons heureux de vous voir en janvier. Venez de préférence un jeudi, et

Dix-huitième année N° 1 4 Janvier 1896

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

NOS VŒUX DE NOUVELLE ANNÉE

De toutes parts s'élève depuis quelque temps l'appel pressant à la solidarité, sous toutes ses formes.

De toutes parts on s'associe, on se syndique, tantôt pour l'attaque et la conquête, tantôt pour la défense d'intérêts menacés.

Hier encore le chef du gouvernement, M. Léon Bourgeois, qui fut longtemps le président de la grande commission d'assistance et de prévoyance sociales, assignait pour but à la République la mise en pratique de la loi de solidarité humaine, le rapprochement incessant « entre ceux qui sont en haut et ceux qui sont en bas ».

Le « *Concours médical* » qui fut créé et n'a cessé de combattre, depuis quinze ans, pour cette noble cause de la solidarité professionnelle, ne saurait aujourd'hui rester impassible devant ce mouvement d'association qui s'étend si rapidement autour de nous.

Pourquoi ?

C'est d'abord parce que beaucoup de médecins, fidèles adeptes de ses idées, ne les acceptent encore qu'en théorie. Ils conservent un trop vif souci de mesquins intérêts particuliers, de sympathies ou d'antipathies personnelles, après tout bien négligeables ; et, obéissant, plus ou moins consciemment, à l'indifférence, à la routine, à des défiances injustifiées, ils restent dans une attitude ou expectante ou un peu hostile, vis-à-vis des groupements professionnels de leur région. Quelle force perdue pour ceux-ci ! Combien de résultats précieux, différés, compromis, par cette réserve inexplicable de quelques uns !

Mais ce qui nous préoccupe surtout, c'est la tendance de plus en plus accusée des sociétés qui se forment autour de nous, à s'attaquer à notre considération, à notre prestige, à notre indépendance, et jusqu'à ces honoraires modestes qui sont souvent notre seule ressource pour vivre nous-mêmes et faire vivre les nôtres.

Et comme, pour résister à ces assauts d'adversaires groupés, nous n'avons que la ressource de nous donner tous la main dans nos associations, il nous semble, chers confrères, que nous devons formuler cette année un premier vœu, celui que votre initiative personnelle peut réaliser demain :

Nous souhaitons d'abord à chacun de vous, d'être membre, cette année, de la Société locale, d'un syndicat, et de toutes les œuvres professionnelles déjà existantes, qui prêchent la solidarité, la bienfaisance mutuelle, la prévoyance sous toutes ses manifestations.

Mais cela ne suffit pas.

Pendant que nos associations défendront nos intérêts vis à-vis des pouvoirs, département et gouvernement, chacun de nous doit ne pas rester inactif.

En même temps que la solidarité, nous avons à pratiquer l'initiative.

Le point de départ de nos difficultés quotidiennes en matière de médecine d'hygiène et d'assistance publique, réside habituellement dans ce fait que nos idées, nos principes, absolument justes d'ailleurs, et d'accord avec l'intérêt général, sont *ignorés* du public qui nous environne, des autorités communales, de tous ceux qui dirigent les œuvres de bienfaisance officielles.

Aussi nous paraît-il désirable de voir tous ceux qui sont convaincus, briguer, en 1896, le modeste mandat de conseiller municipal.

Cela peut se faire sans compromissions fâcheuses, sans luttes redoutables, en toute indépendance, si l'on a soin de ne pas se combattre entre médecins, de se soutenir même, si l'on

écarte de son programme toutes rivalités politiques ou locales, pour y inscrire seulement le souci de développer l'hygiène et l'assistance, question qui ne divise pas (1).

Il n'y a que bénéfice à affronter un scrutin dans ces conditions. L'échec, s'il se produit, sera glorieux : on tombera pour le devoir, et c'est l'opinion publique qui relèvera elle-même, à bref délai, les vaincus d'un jour.

Le succès, d'autre part, c'est le champ ouvert à votre action modérée, mais patiente, opiniâtre s'il le faut, en vue de résultats certains que vos clients apprécieront aussi favorablement que vous-mêmes. . . . . . .

Le temps de l'inertie est passé. Ni la loi, ni le Syndicat ne peuvent jouer le rôle de Providence dans nos affaires, s'ils ne sont aidés par nous-mêmes.

Nous souhaitons donc que le corps médical se fasse un devoir de pénétrer, cette année, dans les municipalités, dans le but unique de faire triompher des idées qui restent trop exclusivement les siennes.

Le Conseil de Direction.

Conseil de direction de la Société civile du « Concours médical ».

Séance du 26 décembre 1895.

Elle est ouverte à 1 heure.

Présents : MM. Cézilly, Gassot, Maurat ;

Excusé : Dr Gibert.

M. le Dr Jeanne est invité à assister à la séance.

(1) Ceci soit dit en passant avec l'intention d'approuver hautement nos confrères qui entrent dans les Conseils avec de légitimes ambitions quelle que soit leur ligne politique, et d'y pousser ceux qui se réservent souvent trop.

M. le Dr Maurat donne lecture du procès-verbal de la séance du 31 octobre, qui est approuvé, et de la correspondance considérable qui a trait à diverses questions. Elles sont soumises au Conseil de direction qui adopte des solutions.

Un confrère, M. le Dr P. D. (Dordogne), qui a invoqué le secret professionnel pour ne pas répondre aux questions du Président de tribunal, en informe le Conseil de direction, qui décide qu'en cas de condamnation du confrère, la Société du Concours médical se mettrait entièrement à sa disposition.

Le Conseil, saisi de la question des nominations des médecins dans les petits hôpitaux, déclare ne pouvoir prendre aucune décision de principe et examine la question particulière qui lui est soumise par le Syndicat de Joigny.

Un membre du Concours, qui a déjà saisi la Chambre de la non-exécution de la *loi Chevandier*, en ce qui concerne l'admission, par les syndics, au privilège en cas de faillite, demande que des démarches nouvelles soient faites près du groupe parlementaire pour obtenir l'exécution de la loi. Le Conseil prendra les mesures convenables.

Comme corollaire à la décision prise à l'assemblée générale, de donner son adhésion à la *ligue contre l'alcoolisme*, le Conseil envoie son adhésion à la ligue et décide l'envoi d'une souscription de vingt francs.

Le conseil décide qu'au nom de la société du Concours médical, une somme de 25 francs sera versée à la souscription pour l'érection d'un monument à M. Pasteur.

Il fait des démarches pour remplacer le secrétaire général de la *Société des victimes du devoir médical*, feu M. le Dr Gillet de Grandmont, et espère obtenir promptement de bons résultats.

Le Conseil décide que des démarches seront faites près des ministres pour obtenir que la profession médicale continue à ne pouvoir être accessible qu'aux jeunes gens ayant fait des étu-

FEUILLETON

BONNE ANNÉE

Encore une qui se termine et va tomber dans le gouffre de l'oubli ! — Puisse sa chute ne pas vous causer trop d'attendrissement, ne pas réveiller en votre cœur de souvenirs pénibles, d'insalubres tristesses, à propos de ce qui vous advint de rose ou de noir.

Soyons tout à la joie, c'est ce qu'il y a de mieux à faire, puisque nous voilà arrivés à cette période de détente générale, où les physionomies les plus moroses s'éclairent elles-mêmes, avec la perspective des étrennes. — Nous avons passé l'âge où on en reçoit, mais c'est encore fort agréable d'en donner, lorsqu'on le peut.

Un beau merci, bien sincère, avec une pointe d'émotion, a aussi son charme.

Il faut donner, donner toujours et le plus possible ; c'est par la bonté que nous valons quelque chose. — C'est un véritable plaisir pour les cœurs généreux et il n'y a pas de plus grande joie que de faire sourire autour de soi.

Selon mon habitude périodique, à laquelle on me ferait difficilement renoncer, je viens encore une fois vous la souhaiter bonne et heureuse, avec de nombreuses félicités prosaïques ou éthérées, paradis sensuels de Mahomet ou perspectives plus immatérielles des idéalistes, à votre choix et selon vos goûts personnels.

Qu'elle vous apporte 365 jours bien vécus, bien remplis, dans la sérénité du devoir accompli !

Puisse la bonne confraternité faire enfin parmi nous des progrès sensibles !

Dans son bel ouvrage, *Outre-Mer*, Paul Bourget raconte combien il a été frappé, dans les clubs, et réunions artistiques, scientifiques, littéraires de là-bas, où on est soucieux de vie intellectuelle, du respect des cadets pour les aînés, et inversement de la déférence des aînés pour les cadets.

On voit des hommes en cheveux blancs et des tout jeunes gens s'intéresser aux mêmes problèmes : Il y a une grande bienfaisance à cette pénétration des âges, les uns par les autres, a fait remarquer le distingué académicien.

Il est certain qu'il y aurait moins de heurts, moins de malentendus violents, moins de révoltes de sensibilité, si les générations françaises fraternisaient davantage, si la religion du talent et des droits acquis parvenait à supprimer jusqu'à l'esprit de dénigrement par anecdotes ra-

des littéraires complètes sanctionnées par le baccalauréat.

Il prend en considération la création d'une nouvelle œuvre d'intérêt général et consacrera son année à l'étude de cette question.

Le Conseil prend en considération la proposition de faire, en province, de la propagande en faveur des œuvres professionnelles, par des réunions régionales dont l'organisation sera mise à l'étude.

La séance est levée à 4 heures.

Association amicale des Médecins français.

Séance du Conseil d'administration du 26 décembre 1895.

La séance est ouverte à 4 heures, sous la présidence de M. le Dr Cézilly, président.

Sont présents : MM. Cézilly, Maurat, Gassot, Jeanne et Archambaud.

Une indemnité de 30 francs est accordée au Sociétaire n° 40.

Une indemnité de 400 francs est accordée au Sociétaire n° 109.

Une indemnité de 50 francs est accordée au Sociétaire n° 13.

Le Conseil prononce ensuite l'admission de MM. :

Combinaison B. — Vignes, de Corbeil (Seine-et-Oise) ; Pailhas, de Saint-Antonin (Tarn-et-Garonne) ; Lautier, des Vans (Ardèche) ; Saint-Cyr, de Barneville-sur-Mer (Manche) ; Bareau, de Saint-Loubès (Gironde) ; Joany, de Cubjac (Dordogne) ; Barbiez, de Vienne (Isère) ; Charrin, de Saint-Didier (Haute-Loire) ; Rouvier, de Voiron (Isère) ; Manoël, de Toulon (Var) ; Pargoire, d'Aubenas (Ardèche) ; Pillon, de Paris.

Combinaison A. — Dressy, de Mornant (Rhône) ; Moncorgé, du Mont-Dore (Puy-de-Dôme) ; Vincent, de Lyon (Rhône) ; Ducourtioux, de Dun-le-Palleteau (Creuse) ; Morel, de Lyon (Rhône) ; Gripon, de Pierrelaye (Seine-et-Oise) ; Bastide, de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme) ; Bellencontre fils, de Rouen (Seine-Inférieure) ; Nové-Josserand, de Lyon (Rhône) ; Ruffier, de Gardanne (Bouches-du-Rhône) ; Goulliaud, de Lyon (Rhône) ; Jagot, d'Angers (Maine-et-Loire) ; Pangon, de Saint-Vallier (Drôme) ; Fleury, d'Asnières (Seine) ; Fabre, de Saint-Rome-de-Tarn (Aveyron) ; Thiéry, de Saint-Mihiel (Meuse) ; Hamon, de La Ferté-Saint-Aubin (Loiret) ; Charrin, de Valence (Drôme).

La séance est levée à six heures un quart.

Le Secrétaire des séances,
Dr Paul Archambaud.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le sérum antistreptococcique.

La presse politique vient de faire grand bruit autour d'une nouvelle et importante découverte de l'institut Pasteur, le sérum antistreptococcique. Nous avons déjà parlé de ce sérum l'année dernière, mais nous n'avons pas insisté, les résultats ne nous ayant pas paru suffisants. M. le Dr Chantemesse a publié un rapport lu au Conseil municipal de Paris qui démontre qu'aujourd'hui, les succès sont suffisamment sûrs et nombreux.

M. Chantemesse a obtenu un grand nombre de guérisons de l'érysipèle en quelques heures par l'injection du sérum antistreptococcique provenant de cultures traitées par le liquide de Gram et injectées au cheval. Bien plus, M. Marmorek, jeune microbiologiste autrichien attaché à l'Institut Pasteur, a préparé un sérum antistreptococcique avec lequel M. Sevestre et d'autres médecins d'enfants, sont parvenus à guérir

---

baissantes, si on renonçait au vain et médiocre plaisir d'humilier les supériorités, par l'examen ou l'étalage de leurs défauts, malicieusement regardés.

Evidemment, ce dilettantisme gagnerait à faire des prosélytes parmi nous : ôtez de la vie la bienveillance et l'affection, lit-on dans le dialogue sur l'amitié, de Cicéron, vous ôtez tout ce qui en fait le charme, *omnis est e vitâ sublata jucunditas.*

Tous les ans, à pareille époque, je regrette de ne pas disposer des trésors de feu Sardanapale, pour pouvoir les faire tomber en pluie d'or sur le corps médical tout entier.

Quel dommage qu'il n'y ait plus de fées bienfaisantes, comme on nous le laissait croire autrefois ; elles pourraient confier leur baguette enchantée à plus d'un médecin, qui leur indiquerait les chaumières sombres et les taudis lamentables, où la charité serait bien accueillie.

Le bonhomme Noël est trop aristocrate pour pénétrer dans ces humbles demeures ; il ne vide sa besace que dans les cheminées, dont la chaleur l'attire, qui sentent l'aisance et le confort. J'aime à croire que nos confrères ruraux, plus équitables et si estimables, le remplacent avantageusement auprès des petits misérables, qui ont en vain tendu leurs bras vers lui, avec des yeux suppliants faits pour attendrir tout autre que ce vieillard méthodique et routinier.

Ah ! si cela ne dépendait que de moi, si je disposais de la toute-puissance, seulement pour une heure, je vous promets que je ne perdrais pas mon temps et que j'en ferais pleuvoir à profusion des largesses, des bénédictions, du bonheur, sur tous mes frères en Hippocrate, sans oublier leurs femmes et leurs filles, même celles qui ne sont ni jeunes, ni jolies.

Quelle belle besogne on pourrait faire avec soixante minutes bien employées et un parti-pris fortement arrêté de réparer l'injustice et d'apporter de l'espérance à ceux qui s'abandonnent, aux heures désolées où « les regards inquiets cherchent un phare dans l'ombre ».

Comme j'aimerais à remplir l'escarcelle de ce bon Samaritain, qui n'a jamais assez à distribuer à plus pauvre que lui, qui ne se contente pas de prodiguer ses soins gratuitement, mais voudrait pouvoir y ajouter les médicaments nécessaires, quelques victuailles et des vins généreux. Sa cave est tarie depuis longtemps ; vite, accumulons les crus de choix, aux tons d'ambre et de rubis, derrière ses pauvres fagots.

Allons, dépêchons, il y a fort à faire ; dévoilons les secrets thérapeutiques les plus merveilleux, les plus imprévus ; plus d'épidémies,

ces angines pseudo-diphtériques ou diphtériques associées (bacille de Lœffler et streptocoques) qui résistaient encore au sérum antidiphtérique de Roux ; les broncho-pneumonies dues aux streptocoques sont aussi rapidement guéries par les injections du nouveau sérum de Marmorek. C'est, en somme, une réelle conquête que l'institut Pasteur vient encore de nous apporter. Dès que ce nouveau sérum pourra être mis à la disposition de nos confrères, nous ne manquerons pas de les en avertir. Cela demandera encore un certain temps, car il ne faut pas moins d'un an pour immuniser le sérum d'un cheval, par le procédé de Marmorek.

La gymnastique suédoise.

A la suite d'un récent voyage en Suède, M. le Dr *Saquet;* de Nantes, vient de publier un aperçu des applications de la gymnastique suédoise qu'il a pu apprécier sur place à leur juste valeur.

La gymnastique suédoise est appelée encore kinésithérapie ou cinèse, cure de mouvements (bewegungskur, cure of movement).

Ce qui caractérise la gymnastique suédoise, c'est la simplicité des moyens et l'adaptation aux différents âges. Les exercices en sont simples : c'est ce qu'on peut appeler une gymnastique démocratique. Il n'y a ni tours de force, ni acrobaties.

On n'admet que les concours d'ensemble, vous n'avez par conséquent pas de numéros sensationnels qui attirent l'attention sur un seul, ce qui peut décourager les autres.

L'attirail gymnastique est très modeste : ni trapèze, ni haltères ; une barre transversale mobile qui s'élève à volonté, un espalier ou échelle spéciale ; deux bancs, l'un bas, l'autre élevé, sont tout ce qu'il faut pour l'exécuter.

Cette gymnastique, basée sur les exercices dits à résistance, est locale, comme la gymnastique suédoise, en général, c'est-à-dire qu'on ne fait travailler qu'une partie du corps. On attire le sang à tel ou tel organe, selon qu'on veut en décongestionner d'autres ; puisque l'on sait que l'exercice fait passer neuf fois plus de sang artériel dans une partie en mouvement que dans une partie en repos.

Il y a aussi les mouvements passifs ou communiqués, qui facilitent la circulation veineuse et lymphatique.

Le massage agit dans le même sens que la gymnastique passive et il est aussi enseigné, mais il n'est que la partie passive de la gymnastique médicale.

En France, on ne connaît que le massage et on croit que c'est toute la gymnastique, c'est une erreur ou un abus des termes.

D'ailleurs, le massage suédois est différent des massages français ou allemand, en ce sens qu'on fait prendre au malade certaines attitudes qui favorisent l'action du massage.

Ainsi, par exemple, pour agir sur une constipation rebelle où le massage, exécuté les jambes pliées, pourrait être insuffisant, ou demanderait un temps trop long pour obtenir un succès, on met le malade debout, les bras élevés au-dessus de la tête et le corps courbé, raidi, de façon à tendre les muscles du ventre, position qui, d'après la théorie, congestionne le ventre et, d'après l'expérience, donne des résultats très rapides.

Dans le traitement de la douleur, en général, la méthode suédoise emploi les vibrations ou trépidations obtenues, soit avec la main, depuis 1813, à l'Institut central, soit au moyen des moteurs mécaniques.

On obtient aussi d'excellents résultats dans les névralgies avec le mouvement trépidant, mais il doit être associé au massage dont il est, d'ailleurs, considéré comme une forme par l'école suédoise. On arrive par ces procédés à guérir ou

---

leur sérumthérapie est acquise ; nous avons rendu la vie moins triste, épargné des millions de deuils ; toutes les idolâtries viennent se fondre en un culte suprême, l'amour d'autrui; toute cause de rivalité a disparu et les enfants de notre grande famille sont cordialement unis. pour le plus grand bien de l'humanité.

Quel perspective ! — Quel rêve agréable ! — Quel dommage que je ne puisse réaliser tout cela, que je sois obligé de me contenter de l'intention. Je le regrette sincèrement, n'en doutez pas.

Puisque je ne puis pas corriger le hasard, comme je le voudrais, réparer ce qui est réparable, apporter une nouvelle vaillance à ceux qui en ont besoin, rendre faciles les digestions des plus hâves pessimistes, leur suggérer des inspirations sérieuses, de la belle humeur, de la confiance, je voudrais au moins vous quitter sur une bonne impresssion.

Dans ce but, je suis allé consulter une somnambule célèbre, tout aussi clairvoyante et extralucide que Mme Léonora et d'une force extraordinaire sur la cartomancie égyptienne et l'examen du marc de café. Elle m'a fait entrevoir les perspectives les plus séduisantes, et, comme je me figure que quantité de nez, divers de tons, mais ayant tous la même nuance interrogatoire, sont dressés vers moi, je ne résiste pas au plaisir de vous conter la chose.

C'est ainsi qu'elle m'a affirmé, qu'en l'an béni qui va commencer, les malades se montreront d'une reconnaissance exceptionnelle et acquitteront leurs notes d'honoraires, avec la plus scrupuleuse exactitude.

Il y aura des bons de pain pour tous les confrères réduits à l'indigence, un désarmement général entre les rivaux les plus acharnés, les rancœurs se fondront à la flamme des renoncements qui purifient. On rentrera les griffes ; on aura de la tenue, de la réserve, devant le bourgeois. On cessera de se dévorer et par conséquent d'avoir des indigestions ; bien plus, le débinage fera placé à une admiration réciproque.

La magistrature fera toujours pencher ses fameuses balances de notre côté, et, comme l'archange Michel terrassant le dragon, nous délivrera de l'exercice illégal de la médecine.

Les pharmaciens, s'inclinant enfin devant notre suprématie dans la hiérarchie scientifique, cesseront de donner des consultations et se contenteront de bien gérer leur officine, de nous fournir des médicaments irréprochables, non frelatés.

Pour le plus grand prestige de la légion d'honneur, qui ne peut qu'en être relevé, au 14 juillet

atténuer considérablement toutes les sortes de névralgies, pourvu qu'elles soient rhumatismales et non dues à une compression, une tumeur ou à des affections de la moelle.

Les Suédois traitent toutes les affections chroniques ou presque toutes par la gymnastique médicale et le massage, et on peut dire, avec des résultats remarquables.

Une cure dure, en général, de 3 à 6 semaines, pour des maladies, qui ont résisté à des années de traitement tant médical que chirurgical.

En ce qui concerne le massage chirurgical, les Suédois ne sont pas arrivés à la hauteur des Français. Pour M. Saquet, c'est une science exclusivement française, car le massage de l'entorse est parti de France, le massage des fractures est français, et nous sommes supérieurs à tous les étrangers en cette matière. En effet, les Allemands et Hollandais, qui l'utilisent et ont même formé des élèves en France, massent trop brutalement, et ceci, d'après notre expérience et celle de nos maîtres, n'est ni bon, en général, ni approprié à la nature de l'affection, ni à notre tempérament, en outre.

MÉDECINE PRATIQUE

Les idées actuelles sur la Tuberculose.

Les nombreuses et patientes études que suscite cette question toujours si palpitante d'intérêt de la tuberculose modifient notablement chaque année les idées des hygiénistes et des thérapeutes. Aussi, nous semble-t-il primordial, en commençant l'année, de tenir nos confrères au courant de ces modifications importantes.

Il est depuis longtemps prouvé que la tuberculose est causée par un microbe parasite, le bacille de Koch, dont les sécrétions extrêmement toxiques constituent un virus ou poison qu'on désigne sous le nom de *tuberculine*. Cette terrible maladie est contagieuse et non héréditaire. C'est à la démonstration de ces vérités qu'ont été jusqu'ici consacrés les articles publiés dans le *Concours* par nos collaborateurs. Aujourd'hui, deux nouvelles vérités sont importantes à connaître, et nous allons y consacrer ce travail.

1° La tuberculose est contagieuse par les crachats et par le contact du malade et non par la viande, ni par le lait.

2° La tuberculose est curable au début et non seulement, elle ne doit pas être cachée, mais le malade sera averti des précautions qu'il a à prendre pour lui-même et pour les autres.

I

CONTAGION DE LA TUBERCULOSE.

Un journal politique publiait récemment un article fulminant contre l'administration de la guerre, dans lequel il accusait l'intendance de fournir de la viande dangereuse pour la santé des soldats, car, disait-il, un vétérinaire inspecteur avait refusé un certain nombre de vaches destinées à l'alimentation, parce qu'elles étaient tuberculeuses. Ainsi, on expose des centaines d'hommes à contracter la tuberculose, en leur faisant manger des viandes malades.

Voilà une erreur énorme, que nous devons redresser dans le monde et empêcher de répandre dans le peuple.

La tuberculose ne se contracte pas par la viande tuberculeuse, pour l'excellente raison qu'on fait cuire la viande toujours suffisamment pour tuer les germes et anéantir les poisons. D'ailleurs, les animaux tuberculeux sont généralement atteints de tuberculose pulmonaire et ce ne sont pas les poumons qu'on livre à l'alimentation. La chair musculaire est saine et, encore une fois, elle est stérilisée par la cuisson. Tout au plus, doit-on maintenir l'interdiction de vente de la viande des bœufs ou vaches tuberculeux, seule-

---

et au 1er janvier, sous le regard maternel de Marianne, les coquelicots officiels fleuriront quantité de boutonnières méritantes, au lieu de l'étaler sur la bedaine mal acquise des épiciers éméchés, des industriels obséquieux, thuriféraires du pouvoir, des financiers véreux et autres tripoteurs que Mazas attend.

Quelques hommes justes et intègres parviendront à réformer cette Sodome, baptisée si arbitrairement du nom d'assistance publique, où sur 20 francs destinés aux pauvres, 19 sont absorbés par les frais généraux et les budgétivores ; Ce sera juste le contraire qui aura lieu.

Quelle hécatombe de ronds-de-cuir inutiles !

Hélas ! pauvres cigales salariées, la bise va souffler et l'administration n'en marchera ni moins sûrement, ni plus lentement qu'à l'ordinaire.

Bref, tout permet de croire, d'après la pytonisse que l'an 1896 ne représentera pas un chiffre banal dans la liste monotone des calendriers, qu'il marquera au contraire une date éclatante dans l'histoire, consolera bien des tristesses et lavera bien des hontes.

. . . .

. . . .

Fariboles que tout cela ; assez de prophéties menteuses ; vous n'avez pas plus de tuyaux que moi, s'écrie un disciple de saint Thomas, qui voudrait nous empêcher de nous illusionner en rond.

Bah ! s'écrie-t-il, avec un scepticisme découragé, elle sera aussi maigre que la défunte, aussi empestée d'influenza, votre nouvelle venue ; le temps videra dans l'éternité les douze sacs de sa hotte annuelle avec la même régularité insipide ; après un certain nombre de lunes, vers la Saint-Sylvestre, nous serons un peu plus lézardés, un peu plus abattus et le néant de vivre nous apparaîtra plus noir encore.

Voilà ce qu'il est permis d'en augurer sans risque.

C'est possible ; mais gardez donc cela pour vous, esprit chagrin et grincheux ; nous préférons l'oublier et compter sur quelques surprises, sur de l'imprévu renouvelable.

Nous étions si agréablement bercés ; vous avez failli nous faire perdre le charme d'une belle illusion ; nous voulons croire à la marche à l'étoile, marche lente mais sûre, vers laquelle se dirigent les hommes dans la nuit, la fièvre et l'espérance au cœur.

Laissez-nous rêver paisiblement.

Tout va bien, confrères, endormez-vous gaiement !

Dr GRELLETY (de Vichy).

ment pour le cas où la viande sera mangée crue. Le danger est illusoire même dans ce cas et nous pourrions citer nombre de cas où des populations entières ont eu pour s'alimenter du bétail tuberculeux et qui n'ont jamais été contagionné.

Donc, sécurité absolue du côté de la viande d'animaux tuberculeux, surtout lorsqu'elle est cuite.

En ce qui concerne le lait, même sécurité, et cependant que n'a-t-on pas dit des dangers du lait fourni par des vaches tuberculeuses.

Que ce lait soit moins nutritif, moins fortifiant que le lait de vaches saines, cela est incontestable ; mais le lait ne contient pas de bacilles, c'est-à-dire les agents de la contagion et de l'infection, à moins que les personnes chargées de la traite et de l'embouteillage ne soient elles-mêmes tuberculeuses et n'aient souillé les vases par des linges où elles ont craché. La vache tuberculeuse donne du lait faible, mais non infecté par le bacille. Ce lait n'est donc pas dangereux et ce serait une grande erreur que d'en interdire l'usage. La preuve de ces vérités est d'ailleurs fournie par l'observation quotidienne ; le nombre des vaches, que les injections d'épreuve de M. Nocard démontrent être tuberculeuses, est extrêmement considérable : sur 20 vaches dans une étable au hasard, 18 sont tuberculeuses : tout le monde boit donc à satiété du lait de vache tuberculeuse, et qui peut attribuer sûrement une maladie de poitrine survenue dans sa famille au lait qui a été bu ? N'y a-t-il pas eu plutôt contagion par le voisinage ou le contact direct d'un tuberculeux ? C'est la totalité des cas, suivant nous. ON GAGNE LA TUBERCULOSE EN VIVANT AVEC DES TUBERCULEUX, ET EN RESPIRANT LES GERMES QUE RÉPANDENT DANS L'AIR LES CRACHATS DESSÉCHÉS. Les exemples de ce mode de contagion et d'infection abondent et chacun de nous a souvent été frappé par les cas de tuberculose quasi-épidémique observés dans des ateliers, dans des magasins, dans toutes les agglomérations de personnes. Les nombreux cas de contagion de l'usine électrique des Halles, à Paris, constituent une de ces terribles preuves qui sont encore présentes à la mémoire de tous depuis cinq ou six ans.

Pour ne pas être tous aussi célèbres, les exemples de contagion par les poussières de crachats desséchés n'en sont pas moins quasi-quotidiens.

On ne saurait trop faire connaître ces vérités épouvantables et mettre chacun en garde contre cette grave éventualité qui menace chacun.

Heureusement, nous sommes, pour la plupart, réfractaires à la tuberculose ; mais une circonstance quelconque, une maladie peut nous affaiblir et nous faire devenir plus susceptibles de fournir un terrain favorable. Personne ne peut se dire sûrement à l'abri, surtout dans le milieu où on vit habituellement, l'agglomération et la promiscuité des lieux publics.

On ne devient pas tuberculeux chez soi, en mangeant n'importe quelle viande, et en buvant n'importe quel lait, surtout si on n'habite pas avec un tuberculeux et si on a fait désinfecter le logement qu'un malade a pu habiter avant soi. Mais on devient tuberculeux en respirant les poussières de la rue, des théâtres, des cafés, des gares, des omnibus, des wagons, en vivant sans précautions avec un tuberculeux et en ne faisant pas désinfecter tout ce qu'il a souillé.

La tuberculose est comme une sorte de coqueluche ; ce sont les crachats seuls qu'il faut redouter, comme pour la fièvre typhoïde, ce sont les déjections seules, qui sont dangereuses. Strauss a surabondamment prouvé que la respiration, que l'air expiré par les tuberculeux ne contenait pas de germes : il n'est donc pas malsain de respirer l'air expiré par un poitrinaire.

Les bacilles qui chargent l'air extérieur, introduit dans les voies respiratoires, sont tous retenus dans les bronches et si nos leucocytes n'étaient pas là pour les détruire au fur et à mesure de leur arrivée par le phénomène désigné sous le nom de phagocytose, nous serions envahis et infectés.

La conclusion de tout cela est donc que tous nos efforts doivent tendre à faire périr les bacilles rejetés par les crachats.

Il faut faire comprendre aux malades et au monde que le crachat est l'ennemi. C'est lui et lui seul qui est l'agent de contagion. « Il est interdit de cracher par terre » doit donc être inscrit sur tous les murs et, suivant nous, accompagné d'un résumé des motifs de cette interdiction, tel que ceci : « Parce que tout crachat peut contenir les germes de la maladie de poitrine. » Plus de ces histoires de contagion par les aliments, par les voies génito-urinaires, par le sperme ou le sang ; un mari qui contagionne sa femme ou une femme qui contagionne son mari, ne peut le faire par le coït, à moins qu'il n'y ait une manifestation locale de la tuberculose à la verge du mari ou aux voies génitales de la femme. C'est le crachat égaré sur un mouchoir, sur une serviette, sur le plancher, sur un tapis, qui est cause de tout le mal. Il faut veiller à ce qu'il n'en échappe pas un à la destruction, en recommandant aux malades de cracher dans une solution concentrée de *sulfate de cuivre* ou *de chlorure de zinc* et de ne jamais négliger cette précaution.

Dans les lieux publics, outre les recommandations et interdictions par affiches, on devrait procéder fréquemment à des désinfections des parquets et nettoyages antiseptiques puissants au sublimé ou au chlorure de zinc. Les linges et vêtements souillés par les expectorations des phthisiques seront de même désinfectés au sulfate de cuivre.

Enfin, quand un phthisique succombe, il est de toute nécessité de faire désinfecter sa chambre et sa literie tout comme pour un malade atteint de variole ou de scarlatine.

Toute personne qui entrera dans une chambre ou un logement inhabité, pour y établir son domicile, devra de plus exiger un certificat constatant que les locaux ont été refaits à neuf ou désinfectés. Le nombre de ceux qui deviennent phthisiques en habitant des logements habités précédemment par des phthisiques est effrayant, et on ne saurait trop insister sur cette source trop négligée de contagion tuberculeuse.

II.

CURABILITÉ DE LA TUBERCULOSE.

La tuberculose est curable ; répétons-le avec le professeur Grancher, à tous les échos du monde et de notre clientèle. Nous avons dit, dans un précédent article de la Semaine médicale, ce que les statistiques d'autopsies avaient démontré. Les multiples autopsies pratiquées sur des gens

morts d'accidents ou de maladies intercurrentes, ont démontré aux médecins légistes et anatomo-pathologistes que la proportion des personnes atteintes de tuberculose pulmonaire est énorme (près de 60 %); mais cette tuberculose guérit fréquemment, en laissant comme vestige indélébile de sa présence antérieure, des cicatrices fibreuses ou des tubercules crétacés. Nombre de bronchites et de congestions pulmonaires qualifiées de simples, sont des manifestations de la tuberculose et guérissent en laissant les vestiges que nous venons de signaler.

Heureusement la guérison peut se faire grâce à la constitution vigoureuse des sujets, à une médication tonique suffisante et surtout à une alimentation abondante.

Il faut que tout le monde, et principalement les phthisiques, en soit informé ; cela aura plusieurs résultats capitaux. D'abord, la confiance ne leur sera point enlevée par la connaissance du diagnostic exact de leur maladie. Ensuite, ils sauront prendre les précautions indispensables à leur guérison et à la non contagion de ceux qui cohabitent avec eux.

Il est indispensable qu'un phthisique couche seul ; donc, séparation absolue du lit de la femme et du lit du mari ou du lit de la mère et de celui des enfants. C'est le premier isolement à accomplir.

En second lieu, un enfant né d'une mère tuberculeuse n'est pas tuberculeux à la naissance, il faut le dire et le redire en toute occasion ; mais cet enfant ne devra pas séjourner un seul jour avec sa mère. Non seulement elle ne pourra pas l'allaiter, mais elle devra s'en séparer aussitôt avant qu'il soit contagionné, ce qui serait d'une rapidité vertigineuse à cet âge, les exemples de ces faits abondent d'ailleurs. L'enfant sera confié à des gens notoirement sains et allaité de préférence au sein : néanmoins, le biberon peut lui convenir, à condition de n'être jamais auprès de sa mère. C'est le 2e isolement à réaliser, le plus pénible, sans contredit, et celui qui demandera le plus d'insistance et de douce persuasion.

Enfin, le tuberculeux saura toutes les précautions qu'il lui est indispensable de prendre pour éviter de contagionner les autres et de se recontagionner lui-même au fur et à mesure qu'il guérit certaines lésions. Pour cela, il faut qu'il ne crache jamais que dans un vase contenant un liquide désinfectant et que son linge souillé soit toujours soumis à la même désinfection. Il devra éviter soigneusement les atmosphères surchauffées, couvrir le thorax de flanelle, enfin se soumettre à une médication appropriée et à une alimentation surabondante. Un tuberculeux suffisamment soigné et surveillé, peut guérir, même à la deuxième période. Les exemples de médecins et de personnes éclairées et dociles atteints de tuberculose, qui ont guéri sont beaucoup plus nombreux qu'on ne le croit généralement.

Encore une fois, un tuberculeux doit être averti et non trompé, berné, illusionné comme la plupart des médecins le font aujourd'hui. Certes on n'a pas encore à lui proposer de le guérir par l'injection d'un sérum curateur, hélas ! le grand Maître est mort avant d'avoir pu aborder cette question capitale ! Mais il a de dignes continuateurs et on le trouvera ce précieux sérum. En attendant, on peut dire au tuberculeux: Vous avez une affection qui est susceptible de guérison si vous voulez bien vous conformer strictement à l'hygiène et à la thérapeutique que nous allons vous imposer. Isolez-vous d'abord, renoncez aux plaisirs mondains, attachez-vous à votre santé, pesez-vous hebdomadairement, mangez, couvrez-vous suffisamment, mais non surabondamment, ventilez votre chambre à coucher nuit et jour, vivez sobrement, sans excès, sans surmenages, prenez créosote ou gaïacol, huile de foie de morue, phosphore et phosphates, enfin évitez le contact des autres personnes, de peur de leur nuire et de les contagionner, habitez des climats tempérés et égaux comme le littoral méditerranéen en hiver, la Suisse en été. Par ce cortège de précautions, vous pouvez guérir et vous devez guérir ; donc aucune raison de vous décourager.

Malheureusement, c'est juste le contraire qu'on met en pratique. Une personne est-elle soupçonnée de tuberculose, on la trompe en lui disant que c'est de l'anémie, un peu de bronchite, une trachéite simple, etc. Dans l'ignorance où elle se trouve, cette personne fait une série de choses plus ou moins funestes au rétablissement de sa santé et par la même occasion, contagionne une grande partie de son entourage.

On a reconnu la nécessité de traiter les maladies contagieuses dans une chambre à part, voire même dans un bâtiment, un asile spécial ; or la tuberculose est une maladie contagieuse qui a besoin d'être traitée par l'isolement parfait, c'est-à-dire combiné suivant les degrés de la maladie. — Il faut créer des sanatoria nombreux pour isoler les phthisiques peu avancés, c'est-à-dire curables ; il faut les mettre en même temps au grand air dans des pays sains et tempérés, et à l'écart de leurs familles qu'ils pourraient contagionner.

En observant rigoureusement les précautions de désinfection des crachats et des linges de toilette, on diminuera notablement la proportion des contagions ; de même en désinfectant les lieux de réunion publics, les voitures de transport et les habitations, on augmentera encore sensiblement les résultats obtenus par la destruction des crachats ; mais à cela, il faudra joindre la déclaration obligatoire, non pas à l'Etat et au Maire, qui sont incompétents, mais à la famille, à l'entourage, au malade surtout, de la nature exacte du mal et la création de sanatoria hygiéniques dans les régions reconnues salutaires (la rive méditerranéenne française et algérienne et les bords du golfe de Gascogne).

Voilà les plus sûrs moyens de lutte contre la tuberculose que nous propose l'hygiène moderne.

Dr Paul HUGUENIN.

CLINIQUE DES VOIES URINAIRES

Tuberculose de la vessie.

La tuberculose n'épargne aucun organe ; cependant, si elle les atteint tous, elle les choisit souvent ; c'est ainsi que la vessie est relativement fréquemment envahie par les tubercules qui y évoluent comme dans le testicule ou le poumon.

La tuberculose du réservoir urinaire est primitive ou secondaire. Dans ce dernier cas, elle

succède à une tuberculose rénale ou génitale chez un malade présentant ou non des altérations tuberculeuses dans d'autres organes et surtout dans le poumon.

Primitive, elle se montre sous forme de cystite. Il existe, en effet, une cystite tuberculeuse isolée qui évolue comme l'épididymite de même nature. Si bien que Monod a pu dire dans une revue de 1879 : « Les cas de cystite tuberculeuse « existant comme manifestation isolée de la diathèse ne sont pas rares. Il est même probable « que ces faits seront familiers à la généralité « des praticiens, plus on s'apercevra que cette « catégorie de malades est étendue. » La tuberculose génitale a souvent pour premier stade la vessie, quoique plus fréquemment elle débute par les vésicules séminales ou la prostate. Plus souvent elle gagne les voies urinaires, l'uretère et le rein.

C'est de 15 à 40 ans qu'on constate le plus fréquemment la cystite tuberculeuse ; les hommes en seraient plus souvent atteints, peut-être à cause des relations étroites qui unissent les organes génitaux et le réservoir urinaire.

Il reste entendu, là comme partout ailleurs, que le terrain joue un grand rôle : les inflammations répétées de la vessie y appellent l'infection et y favorisent la formation de tubercules.

Au premier rang de ces causes pathologiques nous plaçons la blennorrhagie. « La blennor« rhagie, a dit M. Guyon, est influencée dans sa « durée et ses propagations par les diathèses et « surtout par la diathèse tuberculeuse. C'est à « tel point qu'elle peut servir de pierre de tou« che pour un grand nombre de constitutions « prédisposées. »

La clinique a montré que de nombreuses urétro-cystites blennorrhagiques passées à l'état chronique se sont transformées bien souvent en cystite tuberculeuse, créant ces *cas-limites* (Guyon) si utiles à connaître, mais si difficiles à dépister.

Dominant toutes ces causes, se dresse la plus importante, la cause efficiente, l'infection par le bacille de Koch.

Quelle voie suit-il ? Verneuil en 1883, Verchère dans sa thèse, M. Fernet à la Société médicale des hôpitaux en 1884, plaident en faveur de l'infection directe par le coït.

Pour M. Reclus, cette hypothèse ne semble pas vraisemblable, et elle est niée par M. Guyon.

Quel chemin suit donc le bacille pour arriver dans la vessie ? Dans les cas de tuberculose rénale primitive, il est évident que la voie suivie est l'uretère, mais nous avons affaire dans ce cas-là à une cystite tuberculeuse secondaire, et ce n'est pas elle que nous avons en vue. Nous admettrons que l'infection se fait soit par continuité de tissu dans les cas de tuberculose de la prostate, soit par les vaisseaux sanguins ou lymphatiques. Il se passe alors pour la vessie ce qui a lieu pour les autres appareils : le bacille qui a pénétré dans l'organisme va évoluer dans tel ou tel organe suivant le degré de résistance qu'il offrira. C'est ce qu'a bien démontré l'expérience de Max Schuller, qui traumatisait une jointure en même temps qu'il injectait dans les bronches de l'animal des détritus tuberculeux : c'était une arthrite tuberculeuse qui se développait, c'est-à-dire une manifestation localisée de la tuberculose. Ainsi en advient-il de la vessie, où le bacille de Koch, appelé par une inflammation antérieure, va déterminer à son tour une inflammation spéciale, spécifique.

Nous serons bref sur les lésions que l'on trouve. D'une part, on note l'inflammation chronique qui est la même dans toutes les cystites, et, d'autre part, des lésions tuberculeuses. A l'ouverture de la cavité abdominale on trouve une vessie toute petite, revenue sur elle-même, ne contenant que quelques grammes de liquide. Les parois sont très hypertrophiées. La muqueuse épaissie présente une teinte rougeâtre, avec des plaques ardoisées, des suffusions sanguines, ecchymotiques, des ulcérations entourées de cercles vasculaires. L'épithélium peut d'ailleurs manquer sur presque toute la surface de la muqueuse. Mais les granulations et les ulcérations sont les véritables lésions permettant d'affirmer la tuberculose de la vessie.

Elles siègent surtout dans le triangle de Lieutaud, au niveau des angles et de préférence au col de la vessie. Au début, ce sont des granulations grises, isolées ou confluentes. Dans une deuxième période ces granulations subissent la transformation caséeuse et deviennent jaunâtres ; elles aboutissent enfin par la fonte à des ulcérations. De nombre et d'étendue variables, de formes très diverses, elles sont le plus souvent superficielles, mettant rarement à nu la couche musulaire. D'ordinaire irrégulières, leurs bords ne sont pas surélevés et leur fond est lisse, gris jaunâtre. Tout autour d'elles se voient des granulations, rappelant les ulcérations tuberculeuses de la langue.

Du réservoir urinaire, les tubercules gagnent souvent l'urètre, les uretères et les reins, la prostate, les vésicules séminales, les épididymes et les testicules. Le tissu cellulaire périvésical est fréquemment atteint lui aussi : il est épaissi, infiltré de granulations, pouvant donner lieu à des cavités, communiquant avec le réservoir urinaire, et plus tard à des fistules entre la vessie et le rectum, la vessie et le vagin.

Au début, la tuberculose vésicale s'établit d'ordinaire lentement, progressivement. Les malades viennent consulter pour des envies d'uriner plus fréquentes, des phénomènes douloureux pendant la miction et surtout à la fin de celle-ci, quelquefois une hématurie est le symptôme initial. Ces premières manifestations sont dus à la congestion. Elles sont rapidement suivies des autres signes, hématuries plus répétées, apparition du pus. Aussi le professeur Guyon décrit dans ses cliniques trois stades : *congestion — hématurie — cystite.*

La tuberculose vésicale constituée présente des symptômes rationnels et des symptômes physiques.

Les symptômes rationnels consistent en troubles de la miction et en modifications des urines.

Les troubles de la miction sont d'ordre très varié. La FRÉQUENCE éveille l'attention plus ou moins tôt, mais surtout parce qu'elle est plus grande la nuit ; variable selon les sujets, mais tenace, elle est spontanée ou provoquée par divers mouvements, par exemple par le passage de la position horizontale à la verticale, et d'une façon générale par toutes les causes qui favorisent la congestion de l'organe, tel que le repos

au lit. Ce rôle de la congestion a été surtout démontré par M. Tuffier.

Non seulement la miction est fréquente, mais elle est IMPÉRIEUSE, à cause de la faible capacité du réservoir urinaire.

Bien plus important est le phénomène DOULEUR.

Dans l'intervalle des mictions, elle est continue ou intermittente. Continue, c'est une gêne, une sensation de pesanteur derrière le pubis. Intermittente, elle survient soit spontanément par crises qui s'accompagnent de l'expulsion d'une quantité faible d'urines souvent sanguinolentes, soit à la suite d'une pression sur l'hypogastre ou le périnée ou d'un toucher rectal ou vaginal.

Pendant les mictions elle existe avant, pendant et après la miction. Avant, la douleur est progressive : d'abord simple gêne, elle s'accentue et finit par devenir si pénible qu'elle arrache des cris au malade qui fait des efforts impuissants à vaincre le spasme du col. Puis, après un laps de temps qui dépasse rarement une minute, l'urine s'écoule. La douleur diminue : c'est une sensation de brûlure dans le canal. Mais aux dernières gouttes elle reprend une intensité souvent effroyable, et est comparée par les malades à la sensation d'un bistouri ouvrant la verge. La miction se termine aussi par l'expulsion de quelques gouttes mélangées à des petits caillots. Après la miction la douleur diminue, *mais elle ne disparaît pas complètement*, signe important à retenir pour le diagnostic de la cystite tuberculeuses et des autres cystites, notamment de la cystite blennorrhagique.

La RÉTENTION D'URINE est relativement peu fréquente. Elle est due le plus souvent à un spasme de la portion membraneuse de l'urètre, quelquefois à la présence d'un caillot au niveau de l'orifice uréthral de la vessie, soit enfin à une hypertrophie prostatique concomitante. Dans quelques observations, cette rétention est le premier symptôme constaté.

Bien plus fréquente est L'INCONTINENCE D'URINE. Nous laissons de côté cette incontinence fausse, qui est due au besoin trop impérieux d'uriner ; les malades n'ont ni le temps, ni les moyens d'attendre.

Dans l'incontinence vraie, le malade n'a pas conscience de la miction. Avec M. Tapret nous distinguerons trois sortes d'incontinence vraie : l'incontinence par regorgement qui accompagne la rétention : c'est le réservoir urinaire surdistendu qui déborde. — En second lieu, l'incontinence par paralysie du col quand le malade est tombé dans le marasme ; enfin, l'incontinence qui est due à une ulcération étendue du col.

LES MODIFICATIONS DE L'URINE portent les unes sur la qualité : ce sont l'hématurie et la pyurie ; les autres sur les quantités : c'est la polyurie.

L'hématurie est, avec les douleurs que nous avons étudiées, le principal symptôme de la tuberculose vésicale. Il est à cette dernière ce que l'hémoptysie est à la tuberculose pulmonaire, non seulement parce que dans les deux cas c'est l'expulsion d'une quantité variable de sang, mais parce que dans leurs allures, dans leur époque et leur mode d'apparition, ces deux syndromes offrent plus d'un point commun.

En effet, l'hématurie peut être, comme l'hémoptysie, le premier signe en date. C'est « l'hématurie prémonitoire de Guyon ». Ce n'est « qu'une épistaxis urétrale » dit Tapret, car en général elle effraie le malade non par sa quantité qui est minime, mais par sa seule apparition. Cependant, elle peut être assez abondante pour se mélanger à l'urine, ne plus se borner, comme dans le cas précédent, à quelques gouttes émises à la fin de la miction, et donner lieu à la formation de caillots susceptibles d'obturer l'urètre.

Un des principaux caractères de cette hématurie est de survenir sans raison apparente ; quoique souvent une fatigue, une marche la provoque ; mais à coup sûr on ne la voit *pas disparaître par le repos*. De plus, elle est capricieuse dans sa marche, quoique toujours prolongée : elle disparaît un jour pour revenir le lendemain, durant souvent au total une ou plusieurs semaines. C'est encore la congestion qui provoque ces hémorrhagies. Les granulations irritent le muscle vésical qui se contracte, éveillant des douleurs et provoquant des ruptures vasculaires, d'où l'hématurie, et ce qui prouve bien la réalité de cette pathogénie, c'est l'efficacité de la taille sus-pubienne qui, supprimant la contraction vésicale, fait disparaître à la fois et les douleurs et les hémorragies.

Plus tard, la maladie une fois constituée, les ulcérations, quoique formées, les hématuries deviennent moins fréquentes. Quelques stries sanguinolentes sillonnent le pus ou l'urine. Leur fréquence diminue avec les progrès de la maladie et disparaissent souvent à la dernière période.

La *Pyurie* est le signe qui permet de diagnostiquer la cystite. Pas de cystite sans pyurie. Quoique la quantité de pus soit variable, elle elle n'est jamais très grande dans la cystite tuberculeuse. Les cystites chroniques contiennent beaucoup plus de pus ; la cystite blennorrhagique moins. Ce pus va se collecter au fond du vase. Si l'urine se maintient uniformément trouble, on doit songer à une pyelo-néphrite : c'est de la pyurie rénale. Comment ce pus est-il expulsé dans la cystite tuberculeuse ? A tous les temps de la miction : au commencement, pendant et à la fin.

Les MODIFICATIONS DE QUANTITÉ ne sont pas constantes, quoique le malade urine fréquemment, parce qu'il urine très peu à la fois. Cependant la *polyurie*, variable du jour au lendemain, intermittente, peut atteindre 3 et 4 litres. Au début on dirait de l'urine de névropathe : elle est claire, licupide, aqueuse. Elle suit les crises douloureuses. Vers la fin c'est « l'urine rénale » de Guyon que nous mentionnions plus haut, urine trouble quand elle est émise, et qui reste trouble, blanchâtre, malgré le repos.

Beaucoup moins importants sont *les signes physiques*.

On examinera avec soin les organes génitaux chez l'homme et chez la femme, chez l'homme surtout. Puis la palpation au niveau de l'hypogastre, derrière les pubis, éveillera une sensibilité, en même temps qu'elle permettra de juger le volume du globe vésical. Par le toucher rectal et vaginal, combiné avec le palper abdominal, on appréciera également la vessie, sa consistance, en même temps qu'on notera l'état de la prostate, des vésicules séminales, des annexes de l'utérus.

Un explorateur métallique pratiquant le cathétérisme permettra de constater le spasme de l'urètre musculo-membraneux, mais surtout de provoquer au niveau du col une sensation douloureuse très importante pour le diagnostic.

Enfin, on fera avec soin, dans le laboratoire, l'*analyse des urines* et l'inoculation au cobaye. On trouvera aussi, par différents procédés que nous ne pouvons indiquer ici, du sang, du pus, des globules rouges et blancs, des cellules épithéliales venant du rein, du bassinet, des uretères ou de la vessie ; enfin, on déterminera la présence du bacille de Koch. Il a été en effet trouvé maintes fois après Lichtein en 1883, mais sa présence n'est pas constante, si bien que son absence, tout au moins apparente, ne permet pas de nier la tuberculose de la vessie. Quand la cystite est constituée, le bacille de Koch est associé aux microbes pyogènes vulgaires.

Quelle est la marche de cette affection ? Variable, mais d'une manière générale elle apparaît — quand elle est primitive — chez des individus en apparence très bien portants. Les allures intermittentes, les rémissions prolongées pourraient tromper un médecin non familiarisé avec des symptômes capricieux, mais la situation s'aggrave souvent avec rapidité, les hématuries, les douleurs entraînent bientôt un état cachectique, qui favorise au plus haut point l'envahissement des appareils voisins ou de tout l'organisme. Cette marche rapide est encore plus fréquente dans la cystite tuberculeuse secondaire.

La mort peut survenir par le fait d'une maladie intercurrente, mais le plus souvent par cachexie et surtout par généralisation ; la durée, très variable, s'étend de quelques mois à dix, quinze et même vingt ans.

Quoi qu'il en soit, le *pronostic* est toujours grave, surtout dans la cystite secondaire. La tuberculose primitive de la vessie, de plus longue durée, peut cependant guérir, grâce surtout à une intervention locale et à un traitement général sérieux.

Le DIAGNOSTIC de la tuberculose vésicale est, dans la majorité des cas, difficile, car il n'existe pas de signe pathognomonique, à part la présence du bacille si rarement constatée. Aussi M. Tapret a-t-il pu dire que : « pour fixer la véritable signification des symptômes, il faut « les considérer dans leur ensemble, tenir « compte des circonstances qui les ont précédés ou suivis, la manière dont ils se présentent et se comportent par rapport aux phénomènes concomitants. »

La douleur permet de faire le diagnostic de différentes affections de la vessie.

La douleur, continue à la période d'état dans la tuberculose, est nulle dans l'intervalle des mictions dans la *cystite blennorrhagique*. La médication opiacée dans l'infection gonorrhéique calme la douleur, elle reste sans effet dans la cystite tuberculeuse.

Chez les *calculeux*, la douleur disparaît au repos et reparaît pendant la marche, les promenades en voiture. Si dans la tuberculose la douleur existe au début, pendant et à la fin de la miction, chez le calculeux elle paraît au moment de l'émission des dernières gouttes d'urine.

Les *prostatiques* souffrent surtout la nuit ; les tuberculeux souffrent tout le temps, quoique la douleur soit souvent aussi exagérée par le décubitus dorsal.

Le *spasme de l'urètre membraneux* pourrait faire croire à *un rétrécissement de l'urètre*. Mais la marche de ce trouble de la miction permet déjà d'en soupçonner la nature : car le malade s'arrête brusquement d'uriner d'un jour à l'autre, sans diminution progressive du jet ; cette difficulté de la miction est d'ailleurs intermittente.

Le cathétérisme avec l'explorateur métallique permet en une séance souvent très courte de pénétrer dans la vessie.

Chez les *névropathes* on devra songer à une affection décrite sous le nom de *cystalgie essentielle du col* dont les symptômes (douleur, troubles de la miction) sont intermittents, irréguliers, quelquefois périodiques.

Chez les *ataxiques* la douleur vésicale est souvent un signe du début. Un examen complet du malade permettra de remonter à la cause des troubles observés.

L'HÉMATURIE se produit dans les maladies suivantes de la vessie : la tuberculose, la blennorrhagie, les néoplasmes, et les calculs de la vessie.

Dans la cystite *blennorrhagique*, l'hématurie est peu abondante, elle n'apparaît qu'à la fin de la miction et ne dure pas.

Dans les néoplasmes l'hématurie apparaît sans douleur, très souvent pendant la nuit. Le repos ne l'interrompt pas ; mais venue brusquement elle disparaît subitement sans cause. Par contre, elle est *copieuse*, elle *dure longtemps* ; elle *récidive fréquemment* avec des intervalles très variables.

Les calculs de la vessie donnent lieu à des hématuries, surtout à la suite de fatigues, de marches, de courses en voiture. Peu abondant, le sang apparaît à la fin de la miction ou si l'urine est colorée dès le début, cette coloration est plus accentuée à la fin. Le repos les atténue rapidement et les fait disparaître.

Il faut se défier des hématuries dites *essentielles* ou *supplémentaires*.

Les VARICES DU COL ne se produisent que chez les vieillards et sont rares.

Les phénomènes de CYSTITE, quand ils apparaissent et notamment la pyurie, ne permettront le diagnostic différentiel qu'en se rapportant aux autres signes.

Chez les calculeux on aura des coliques néphrétiques, des intermittences suivant les fatigues et le repos ; la cystite chez eux est loin d'être fatale ; elle est à coup sûr tardive, souvent elle suit un cathétérisme malpropre. On fera d'ailleurs l'examen direct avec l'explorateur.

Dans les tumeurs de la vessie, la cystite est tardive. Au début comme, nous l'avons dit, le diagnostic se fera par l'hématurie. Les tumeurs bénignes, telles que les papillomes, seront le plus souvent d'un diagnostic très difficile. L'endoscopie rendra dans ce cas de grands services.

La cystite dans la période active de l'uréthrite blennorrhagique sera rapportée facilement à sa cause, mais lorsqu'elle sera passée à l'état chronique il sera souvent difficile soit d'en déterminer la nature réelle, soit de savoir si sur une cystite blennorrhagique ancienne n'est pas venue se greffer la tuberculose. Ce sont ces cas

limites où la clinique doit serrer de près l'étude du malade et s'aider d'une part de la recherche du bacille quand elle le peut, et d'autre part de l'examen des organes génitaux et du malade lui-même.

Donc, pas de signes cliniques pathognomoniques dans la tuberculose vésicale. Ils ne valent que par le rapprochement qu'on en fait, et par leur évolution. Mais d'une façon générale,se défier des cystites prolongées qui ne cèdent pas à un traitement rationnel.

On fera le diagnostic des complications, et surtout celui de l'envahissement du rein et de l'uretère par la polyurie trouble, la douleur le long des uretères et à la région lombaire et les troubles digestifs.

Le traitement est chirurgical et médical.

Le traitement chirurgical s'adresse à la lésion locale.

Il s'impose dès que la cystite apparaît, surtout quand elle revêt la forme douloureuse.

M. Guyon a proposé des instillations de sublimé au 5/1000 à 1/1000, à la dose de 20 ou 30 gouttes.

Ces instillations seront faites avec les soins les plus rigoureux d'asepsie.

Quant aux interventions sanglantes, elles ont une double indication :

1° Ouvrir la vessie et la mettre au repos ;

2° Agir directement sur les lésions tuberculeuses.

C'est l'incision sus-pubienne que l'on fait de préférence, puis on draine avec deux gros tubes en caoutchouc ; mais on a fait au préalable la cautérisation du bas-fonds de la vessie avec une solution de chlorure de zinc, ou avec la liqueur de Van Swieten.

Quel est l'avenir de ces opérés ? Il est peu brillant jusqu'à ce jour, aussi devra-t-on ne conseiller l'intervention sanglante qui devant deux indications formelles :

1° L'infection secondaire et l'apparition de la cystite.

2° Les douleurs intolérables.

Avant cela, faire des instillations de sublimé et suivre les règles de la médication symptomatique. On conçoit toute l'importance du *traitement médical* qui aura pour mission d'augmenter les forces du malade et d'activer sa nutrition. Dans ce but, on ordonnera les bains sulfureux ou salés, la vie à la campagne, les eaux de Luchon ou de la Bourboule ; et comme médicaments : l'arsenic, l'huile de foie de morue. On joindra à ces prescriptions une vie calme, sans fatigues physiques, une hygiène sévère jointe à une alimentation substantielle.

A. Pascal.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La mortalité pendant l'expédition de Madagascar,

par le Dr Jean Lémure.

Le gouvernement hova comptait sur la *fièvre* pour empêcher nos soldats d'arriver à Tananarive. Il faisait fond sur cette arme-là bien plus que sur les balles et les obus de l'industrie britannique. Et nous qui savions que *le sol était l'ennemi* le plus redoutable et pour ainsi dire l'unique danger, avons-nous pris toutes les précautions pour éviter les maladies et la mort ? Eh bien, il faut le dire, nous avons recommencé de malheureuses expériences. Les leçons du passé ont été inutiles. Les enseignements du Tonkin, du Soudan et du Dahomey,qui devaient nous mettre en garde contre des erreurs, n'ont été d'aucun profit pour nos troupes.

En raison des éléments à combattre, des circonstances relatives au climat et au pays, nous devions employer des moyens spéciaux. C'était, avant tout, une *expédition sanitaire* que nous avions à faire ; les chefs militaires ne l'ont pas suffisamment compris.

Et pourtant, en ces sortes de choses, il n'y a point d'intérêts inconciliables, puisque le but à atteindre est de faire respecter le pavillon en économisant le plus possible d'existences humaines.

Dans les expéditions coloniales, la gloire du commandant en chef est en raison inverse des pertes subies par les maladies. Si elles dépassent de beaucoup les prévisions, il est logique de les attribuer à un vice d'organisation qu'il importe de rechercher.

Le moment est venu d'étudier les conditions dans lesquelles s'est faite l'expédition de Madagascar. Il m'a été donné d'assister aux principales phases de la campagne de 1895 ; c'est un témoin oculaire qui raconte ce qu'il a vu, sans parti pris, et qui, dégagé de toute idée préconçue, présente le résumé d'observations rigoureuses en étudiant tout spécialement le côté sanitaire.

Effectifs à Madagascar. — Au moment où l'on a arrêté les bases de la campagne de Madagascar, le département de la guerre avait fixé les effectifs à 15.000 soldats. Environ 10.000 coolies, conducteurs kabyles ou sénégalais engagés pour les services accessoires, et nous arrivons à un chiffre total de 25.000.

Les premières victimes. — Au ministère de la guerre, on avait escompté une moyenne de 12 p. 100 de malades. Ce chiffre était évidemment trop faible et aurait dû être porté au moins à 25 p. 100 pour le calcul des approvisionnements et l'organisation des hôpitaux. L'autorité militaire ne voulait pas admettre que le quart de l'effectif serait indisponible en même temps ; et pourtant cette opinion était encore trop optimiste.

Progression de la mortalité. — La dîme mortuaire de l'expédition de Madagascar a été très élevée ; c'est une constatation pénible à faire. Il n'a pas fallu longtemps pour voir se fondre les effectifs ; deux mois suffisaient pour les réduire à la moitié et même au quart ; certains bataillons n'existaient plus que de nom. Le 200e de ligne, débarqué à Majunga dans la seconde quinzaine de mai, a été particulièrement éprouvé pendant la marche sur Maroway. Son colonel mourait de dysenterie le 12 juin, trente-quatre jours après son arrivée. Au premier bataillon, composé de 800 hommes, il ne restait à la fin de juillet que 48 soldats valides et 42 seulement à la fin de septembre. Les deux autres bataillons ont un peu mieux tenu, tout en ayant beaucoup de déchets et un grand nombre de morts. Sur les 43 décès de la *Concordia*, pendant son voyage de retour, 18 portaient sur des soldats du 200e.

Les chasseurs à pied ont résisté jusqu'à Suberbieville, mais la marche forcée sur Tsaraso-

tra les a exténués ; à la fin de septembre, les soldats du 40e bataillon étaient presque tous dans les hôpitaux ou les ambulances.

L'escadron de chasseurs d'Afrique a été rapidement anéanti. Si les fatigues de la marche étaient épargnées aux cavaliers, ils avaient en revanche des corvées pénibles, étant obligés de faire le service de planton, en plein soleil, aux avant-postes ; à un moment il n'y avait plus assez de soldats pour panser les chevaux.

L'infanterie de marine et la légion étrangère ont résisté plus longtemps, de même que les bataillons indigènes d'Haoussas et de Malgaches. C'est grâce à ces dernières troupes que la marche sur Tananarive a pu être assurée.

Les hôpitaux regorgeaient de malades ; les évacuations sur la France ne pouvaient suffire à les désencombrer. Le 25 septembre, 3.000 malades avaient été rapatriés, et il en restait encore plus de 7.000 dans un état lamentable. A cette date, le nombre exact de malades dans les hôpitaux était le suivant :

Sanatorium de Nossi-Comba	450
Hôpital de Nossi-Bé	100
Vinh-Long	350
Hôpital de Majunga, no 1 de campagne	890
Dépôt des convalescents	400
Dépôt des isolés des 1re et 2e brigades	480
Hôpital de Mévérana	200
Hôpital d'Ankaboka, no 2 de campagne	900
Hôpital d'Ambato	250
Hôpital de Marololo	500
Hôpital de Suberbieville	650
Hôpital d'Andriba	300
Total	5.500

Plus 1.500 Kabyles environ, disséminés sur tous les points de la ligne d'étapes.

Du reste, il y avait des malades partout et beaucoup passaient inaperçus. Ceux qui ne pouvaient entrer à l'hôpital, faute de places, étaient déposés sous les manguiers et dans des cases isolées où les décès se produisaient en grand nombre.

Il arrivait parfois au cours d'une promenade que l'attention d'un officier était attirée par une odeur nauséabonde s'exhalant de quelque coin de la brousse : c'était un cadavre en décomposition, à moitié dévoré par les fourmis, les chiens sauvages et les oiseaux de proie ! Que de morts resteront inconnus !

(A suivre.)

REPORTAGE MÉDICAL

Légion d'honneur. — Parmi les médecins qui ont été nommés chevaliers de la légion d'honneur, à l'occasion du jour de l'an, nous relevons les noms de MM. les docteurs *Défaucamberge*, de Gien (Loiret); *Floquet*, médecin du Palais de justice ; *Briand*, médecin en chef de l'Asile de Villejuif ; *Desplantes*, maire de Nogent-le-Rotrou ; *Mondot*, médecin à l'hôpital civil d'Oran, membres du Concours médical.

Nous leur adressons nos félicitations sincères, ainsi qu'à notre collègue de l'Association de la Presse médicale, M. le Dr Albert Le Blond, médecin de Saint-Lazare, également promu.

Association de la presse médicale Française

Congrès international de Talassothérapie de Tunisie. — (Avril 1896.) — Par suite d'une entente avec l'*Association française pour l'Avancement des Sciences*, les adhérents au Congrès international de Talassothérapie de Tunis qui se feront inscrire au bureau du comité central de propagande de ce Congrès (secrétariat général de l'Association de la Presse médicale, 14, boulevard Saint-Germain, à Paris), avant le 15 février 1896, seront admis, par faveur spéciale, à participer à tous les avantages que l'Association française procurera à ses membres pendant la durée de la session de Tunis (*Congrès de Carthage*).

Il suffit, pour être inscrit, de verser ou d'adresser par la poste au secrétaire du comité central, M. Marcel Baudouin, la somme de Vingt Francs.

Cette cotisation donne droit au volume qui sera publié ultérieurement et qui contiendra les communications faites au Congrès de Thalassothérapie. De plus, elle assimile les membres de ce Congrès à ceux de l'Association française ; ce qui leur permettra d'obtenir, aux conditions habituelles, une réduction de 50 0/0 sur les frais de voyage (chemins de fer et bateaux), et leur permettra de retenir à l'avance leur logement à Tunis et de se faire inscrire aux diverses excursions qui seront organisées en Tunisie à l'occasion de ces Congrès par l'Association française.

On est prié d'envoyer son adhésion le plus tôt possible, 14, boulevard Saint-Germain.

Hommage à Pasteur. — De toutes parts les souscriptions s'organisent dans le but d'élever des monuments au grand savant et incomparable bienfaiteur de l'humanité que nous avons perdu cette année.

Le Conseil municipal de Dôle avait voté son crédit dès le 18 octobre ; les Chambres françaises, en terminant le budget, y ont inscrit une somme de 1,000 fr., dans le même but. — La Société médicale de Berlin a souscrit pour mille francs.

La Société du « Concours médical » a décidé de participer à ce suprême témoignage de reconnaissance et d'admiration pour le glorieux défunt.

Enfin, l'Institut Pasteur vient d'organiser au sein de son conseil d'administration un comité chargé d'ouvrir une souscription pour l'érection d'un monument à Paris.

— *L'inspection médicale des écoles.* — Le ministre de l'instruction publique vient d'avertir le préfet de la Seine que l'Etat est en mesure de contribuer pour ce département aux frais d'inspection médicale des écoles, dans la mesure de la moitié de cette dépense.

Avis aux autres départements, car la question est d'intérêt général.

— *A nos évêques.* — L'évêque de Liége vient de casser net un curé de son diocèse, qui, malgré ses avertissements, continuait à donner des consultations à tout venant. Notre excellent confrère la *Gazette médicale de Liége* lui adresse avec raison ses félicitations.

Quand donc aurons-nous à remplir, en pareil cas, le même devoir envers nos chefs de diocèse ?

— *Les diplômes de l'année à Bordeaux.* — Dans l'année scolaire 1894-1895 la Faculté de médecine de Bordeaux a délivré 110 diplômes de docteur, 2 d'officier de santé, 39 de pharmacien de 1re classe, 16 de pharmacien de 2e classe, 38 de sages-femmes de 1re classe et 1 d'herboriste de 1re classe.

Il serait intéressant d'avoir les mêmes renseignements au sujet des autres Facultés.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

No 4.052. — M. le docteur Pillouard, de Mainneville (Eure), présenté par M. le docteur Bourdon, d'Etrépagny.

No 4.053. — M. le docteur Ducrohet, de Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme), membre du Syndicat des médecins du département du Puy-de-Dôme.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 2 11 Janvier 1896

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Un Congrès de déontologie et de législation médicale.

Notre confrère de Liége, le *Scalpel*, vient de lancer l'idée d'un Congrès international de déontologie, qui se réunirait cette année à Bruxelles.

Il présente, en ces termes, la proposition qui fut formulée pour la première fois par M. Kops, à l'Assemblée générale de la Fédération médicale belge :

« Ce Congrès devrait aborder les questions de déontologie et tiendrait à honneur de le faire. Discuter ces questions, tracer les grandes lignes du Code d'honneur, qui servirait de règle de conduite à tous les praticiens dans les diverses circonstances de la vie médicale : relations entre voisins, entre confrères étrangers, entre médecins et spécialistes, entre praticiens et hôpitaux, entre médecins et chirurgiens, entre clientèle des villes d'eaux et des stations balnéaires, médecins consultants et médecins des familles, etc. Assemblé sur la libre terre de Belgique, cette terre dont les peuples se plaisent à reconnaître l'hospitalière réputation et à respecter la sincère neutralité, un Congrès international de législation médicale et de déontologie rencontrerait le meilleur accueil et trouverait son véritable centre.

Nous livrons cette idée neuve à l'appréciation de nos confrères de la Presse, les priant de mûrir un plan éventuel et d'en étudier les voies et moyens. »

Dr L. DEJACE.

Toujours acquis à ces idées d'entente, nous nous empressons de répondre à cet appel.

En ce qui concerne la législation médicale, il ne nous paraît pas difficile d'aboutir rapidement à un exposé précis, à un véritable code qui réunirait tous les suffrages, au moins en France, et que nous pourrions apporter dans ce Congrès.

Le *Concours médical* a depuis longtemps fixé après discussion approfondie, nos cahiers et nos formules en cette matière. Nous ne pouvons affirmer que tous les Etats d'Europe soient en mesure d'appliquer ces données ; mais nous savons qu'en France l'opinion médicale est unanime à en réclamer la réalisation. C'est donc un premier document, d'importance capitale, que nous sommes à même de fournir au Congrès belge.

Il en est autrement de la question de déontologie.

Nous avons bien proposé à l'Assemblée générale de notre Société la rédaction d'un Code dont les éléments existent, épars dans nos collections du journal ou dans des traités spéciaux : le *Concours* a même créé un prix, qui serait décerné au meilleur travail de ce genre.

Or, notre appel n'a pas encore été suffisamment entendu à cette heure.

Nous avons bien publié les deux projets émanant de l'Association de la Gironde et de l'Association de la Drôme. Mais, si bien conçus qu'ils soient, on peut leur reprocher de n'avoir pas tout embrassé, tout prévu, en un mot, de n'être pas assez complets. — Le Code reste à faire : et c'est pourquoi, nous avons maintenu, à notre budget, l'allocation destinée à la délivrance du prix.

Il nous plaît d'espérer que cette année quelques-uns de nos lecteurs voudront bien entreprendre cette belle tâche.

Mais, si préparés que nous puissions être ensuite à prendre part à une discussion, *qui doit être féconde, si on l'ouvre*, nous ne nous dissimulons pas les difficultés qui se présenteront quand l'heure viendra de fondre, en une règle internationale, des formules nées dans des milieux en somme assez différents.

Un travail préparatoire s'imposera évidemment, auquel doivent être appelés à participer bientôt des représentants de toutes les nations. — Il faut qu'on présente, avant la convocation, un projet déjà mûri, émanant d'hommes compétents, et destiné à servir de *substratum* dans la discussion en réunion générale.

Il faut qu'un comité soit nommé, avec mission de provoquer et de réunir les avis et communications, de recueillir les adhésions et opinions des Sociétés professionnelles, qui ont mis à l'étude les questions de déontologie.

C'est de cette façon qu'il nous semble logique d'entamer la préparation du projet conçu par nos confrères de Belgique.

Nous ajouterons même que c'est seulement après avoir accompli ces préliminaires, qu'il deviendra possible de se prononcer sur l'utilité et l'opportunité de donner suite à la proposition.

Car on doit éviter, avant tout, que la montagne accouche d'une souris.

LA SEMAINE MÉDICALE

Pneumo-paludisme du sommet et tuberculose pulmonaire.

Voici, d'après M. *H. de Brun*, de quelle façon peut être fait le diagnostic de la tuberculose pulmonaire et du pneumo-paludisme du sommet :

Pneumo-paludisme du sommet.	*Tuberculose pulmonaire.*
Pas d'antécédents tuberculeux.	Antécédents tuberculeux fréquents.
Plus fréquent chez les enfants et les adolescents.	Plus fréquents chez les adolescents et les adultes.
Début toujours insidieux.	Débute par bronchite, ou hémoptysie, ou pleurésie, ou phénomènes d'infection (typho-bacillose pré-tuberculeuse de Landouzy). Dans quelques cas, début insidieux.
Aspect général du paludéen : décoloration des muqueuses, pâleur et pigmentation caractéristique de la peau, hyperthrophie du foie et de la rate, albuminurie fréquente.	Aspect général du tuberculeux : yeux animés et souvent brillants, peau fine, doigts massiformes, pas d'hypertrophie du foie ou de la rate, albuminurie rare.
Toux tantôt rare, tantôt fréquente, quinteuse, fatigante ; presque toujours sèche ; pouvant n'exister que pendant les accès de fièvre.	Toux variable, rarement aussi quinteuse et fatigante que dans certains cas de paludisme. Souvent plus fréquente pendant la nuit.
Pas d'expectoration ou expectoration incolore, insignifiante, dépourvue de bacilles tuberculeux.	Expectoration purulente caractéristique, souvent nummulaire, contenant des fibres élastiques et des bacilles tuberculeux.
Phénomènes locaux : Matité, résistance au doigt, exagération des vibrations thoraciques, souffle, bronchophonie. Pas de craquements, pas de râles, pas de frottements. En cas de bronchite concomitante, râles sous-crépitants pouvant exister dans toute la hauteur des poumons, et parfois au niveau du souffle, mais jamais de craquements.	*Phénomènes locaux* : Matité, résistance au doigt, exagération des vibrations thoraciques, souffle, bronchophonie ; craquements, puis râles sous-crépitants. Frottements fréquents.
Jamais de bruit de pôt fêlé, ni de souffle caverneux. Le gargouillement peut être simulé par une bronchite aiguë concomitante ayant envahi le sommet ; il disparaît avec les râles de la bronchite aiguë.	Plus tard, bruit de pot fêlé, souffle caverneux, gargouillement.
Evolution rapide en cas de congestion ; guérison en quelques jours par les sels de quinine ou de cinchonidine. — Evolution lente ou infirmité irrémédiable en cas de carnification et de sclérose. — Ne donne jamais que des signes d'induration.	Évolution lente et presque toujours fatalement progressive, aboutissant à l'ulcération et à la caverne après avoir passé par la période d'induration. — Inefficacité absolue des sels de quinine et de cinchonidine.
Larynx et plèvres toujours respectés.	Larynx et plèvres souvent envahis.
Fièvre intermittente franche, période d'apyrexie constante sauf dans la cachexie avancée ; accès pouvant débuter à toute heure de la journée et souvent le matin.	Fièvre symptomatique, pas de période d'apyrexie ; exacerbation fébrile toujours vespérale ou nocturne.
Examen du sang : diminution considérable du nombre des globules rouges ; blocs pigmentaires dans le sérum et granulations pigmentaires dans les globules blancs ; hématozoaires de Laveran.	Diminution très modérée du nombre des hématies ; pas de pigment dans le sang ; pas d'hématozoaires.

Le pneumo-paludisme du sommet n'a, par lui-même, aucune gravité ; et si parfois, dans les formes scléreuses et étendues, il s'accompagne d'un certain degré d'emphysème, conséquence probable de l'imperméabilité d'une partie plus ou moins considérable des sommets, il n'a jamais provoqué le moindre accident sérieux. Son pronostic est donc absolument bénin.

Traitement : L'administration des sels de quinine ou de cinchonidine à dose suffisante, du vin de quinquina, de l'extrait de quinquina, de l'arséniate de soude constitue un traitement véritablement spécifique, dont l'efficacité est complète et rapide.

Toutefois, dans les formes chroniques aucun procédé thérapeutique ne saurait rendre au poumon sa perméabilité ; et, malgré l'origine première de l'affection, la quinine n'a pas plus d'efficacité que n'en ont l'iodure et le mercure dans les cas de sclérose syphilitique définitivement constituée.

Traitement opératoire de la myopie progressive.

Notre savant confrère le Dr *Valude* vient de

communiquer à l'Académie de médecine le résultat de ses recherches sur le traitement opératoire de la myopie et voici ses conclusions.

Quand la myopie atteint un degré extrême, mais surtout quand elle prend l'allure progressive, les moyens qu'on emploie d'ordinaire pour la combattre demeurent souvent impuissants. Le repos de l'organe, même certaines opérations externes, comme la ténotomie, ne réussissent guère à enrayer la marche en avant de la myopie ; quant aux verres, ils demeurent généralement incapables d'améliorer la vision, tellement est élevé le défaut de réfraction. Beaucoup de sujets ainsi affectés se trouvent réduits à ne demander à leurs yeux que des services à peu près nuls, même pour les occupations les plus simples.

Dans ces conditions, l'opération de l'extraction du cristallin transparent, mise en avant depuis quelques années, devrait réunir les suffrages de tous, car elle apporte le résultat idéalement cherché, puisque, par la suppression de la lentille cristallinienne, elle ramène la réfraction de l'œil très myope à un taux plus ou moins voisin de l'emmétropie. S'il n'en est pas ainsi et si principalement en France, un bon nombre d'opérateurs se tiennent encore sur la réserve vis-à-vis de cette opération, c'est que les indications n'ont peut-être pas été assez précisées, surtout en regard des écueils qu'offrent les interventions opératoires sur un organe aussi fragile que l'est l'œil atteint de myopie forte.

« Nous avons observé deux cas qui peuvent servir de démonstration, à la fois de la sécurité où peut se placer l'opérateur dans ces circonstances et du résultat excellent que peut donner l'opération.

« Dans ces deux cas, il s'agissait de sujets dont la myopie était telle qu'ils étaient presque aveugles, arrivant juste à se conduire. L'extraction du cristallin des deux côtés leur rendit à tous deux une acuité visuelle très satisfaisante et leur permit de reprendre leurs occupations qu'ils avaient été obligés de suspendre complètement.

« Si cette opération n'avait pas été pratiquée à ces deux malades, il ne restait plus qu'à les abandonner à leur quasi-cécité. »

Le traitement opératoire de la myopie progressive mérite donc d'être appliqué dans certains cas où les autres moyens ne peuvent apporter aucune amélioration. De plus, pour dissiper toute crainte de l'intervention, nous avons vu, par l'exemple de ces deux malades, chez lesquels l'opération a parfaitement réussi des deux côtés, que le danger de toucher à des yeux très fortement myopes est plus illusoire que réel, quand certaines règles de prudence sont observées.

MÉDECINE PRATIQUE

La grippe ou influenza.

La saison froide nous ramène, chaque année, une épidémie plus ou moins intense de grippe. Cette année la maladie paraît encore limitée à des cas isolés et nous n'avons pas, croyons-nous, à redouter une épidémie du genre de l'influenza de 1889. Quoi qu'il en soit, nous profiterons de cette circonstance pour résumer l'état actuel de nos connaissances cliniques et thérapeutiques sur la question.

Nous empruntons quelques détails historiques à une clinique de M. le professeur Wannebroucq, de Lille.

« La grippe n'est pas une maladie nouvelle. Depuis longtemps on a signalé des épidémies très graves, plus mortelles que les épidémies de choléra. Rappelons celles de 1580, de 1762, de 1837. Celle-ci fut particulièrement grave et meurtrière. Je me souviens qu'à cette époque toutes les affaires furent suspendues un certain temps à cause de cette terrible épidémie. En 1889, enfin, la maladie reparut sous forme d'une épidémie très grave, paraissant venir de l'Est, et c'est à Moscou et à Saint-Pétersbourg qu'on en citait les premiers cas. Quelques jours après, elle faisait son apparition à Paris, venue certainement avec des voyageurs.

« Depuis qu'on la connaît, la grippe a été diversement appelée. Autrefois, c'était la *bronchite épidémique*. Sydenham la désigna sous le nom de *cephalalgia contagiosa*. Le nom d'*influenza* remonte à Uxam, qui la nomma ainsi en 1733. Ce nom était oublié, lorsque, après l'Exposition universelle de Paris, en 1889, une tendance exotique du langage remit ce nom à la mode. Actuellement, le médecin continue à l'appeler *grippe*, *bronchite grippale*, *broncho-pneumonie grippale*.

« La grippe est une maladie infectieuse : elle est certainement due à un micro-organisme particulier, associé aux bacilles de la suppuration et des autres affections pulmonaires. Pourtant, on n'a pu encore définir d'une façon certaine l'agent de cette affection. En 1891, Pfeiffer, le premier, trouve une toute petite bactérie, la plus petite connue, atteignant seulement comme dimensions une fraction de μ. Ce micro-organisme, cultivé, puis injecté aux souris, occasionnerait une mort rapide, mais sans qu'on puisse trouver nettement les symptômes de la grippe. Canonne a trouvé une bactérie dans le sang : elle s'y trouverait pendant la période de fièvre, et disparaîtrait avec elle. Ceci serait une preuve de sa spécificité. »

La grippe peut être définie : une maladie infectieuse, épidémique, contagieuse, caractérisée *habituellement* par un état fébrile, à invasion brusque, accompagnée de douleurs musculaires, de névralgies intenses, surtout de céphalée, et de catarrhe des voies respiratoires plus ou moins étendu, avec dépression profonde de tout le système nerveux. La contagiosité a été niée par quelques auteurs, mais elle paraît maintenant hors de doute.

Les épidémies de familles, d'ateliers, de magasins, prouvent que tout sujet atteint peut contaminer son voisin, surtout si ce dernier est surmené ou déprimé.

I

TABLEAU CLINIQUE DE LA GRIPPE.

La forme la plus habituelle de la grippe est la suivante : Le début est brusque. Un homme qui est chez lui, au coin de son feu, est tout à coup pris de malaise, de frissons, de céphalalgie. Ou bien, il sort de chez lui dispos ; tout à coup, selon son expression, il a la sensation d'un paquet de glace qui lui tombe sur le dos ; il éprouve des frissons, de la lassitude, un mal

de tête intense, une courbature générale ; tout mouvement lui cause des douleurs dans les reins et dans les cuisses qui sont souvent intolérables ; il a du vertige. Quoique sorti bien portant, il a beaucoup de peine à rentrer chez lui, et il se couche immédiatement.

Presqu'aussitôt, en quelques heures au plus, la température s'élève, atteignant 39°5, dépassant parfois 40°. Ce changement est presque plus brutal que dans la pneumonie. Le pouls est plein, fréquent, comme au début de tout état fébrile intense. Le cœur bat, en général, normalement.

Puis la toux apparaît accompagnée de sensation pénible à la gorge. On remarque aussi de l'enchifrènement du nez, du catarrhe oculaire.

Vers la fin du premier jour, on observe souvent un rash rubéoliforme ou scarlatiniforme.

Le malade ne digère pas : il a des vomissements et parfois un peu de diarrhée ou de la constipation.

L'affaissement est extrême : le malade est comme inerte, pouvant à peine répondre aux questions que lui pose le médecin : il s'assied difficilement sur son lit, lorsque l'on veut l'examiner.

L'auscultation ne dénote pas encore le moindre catarrhe bronchique, quoique le malade tousse beaucoup. Les râles ronflants et sibilants n'apparaissent que le 2e ou le 3e jour.

La percussion de la rate permet de constater qu'elle est un peu hypertrophiée. Comme dans toute maladie infectieuse, on voit aussi dans l'urine un peu d'albumine. Ce qui domine généralement, même dans les formes bénignes, ce sont les troubles nerveux : le poison, la toxine semble exercer ses ravages de préférence du côté du système nerveux... Prenons un grippé banal : il a un peu de coryza, une bronchite légère, un peu d'embarras gastrique et une fièvre modérée... Considérons ce qui se passe du côté du système nerveux : presque toujours la céphalée est très pénible, le lumbago insupportable... La courbature excessive, les membres tout brisés, douloureux, comme s'ils avaient été battus. Enfin la maladie débute quelquefois brusquement par des phénomènes paraplégiques. On a vu des sujets, en pleine santé, tomber dans la rue comme foudroyés, ayant, comme ils disent, tout à coup perdu leurs jambes...

« Et, en dehors des troubles fonctionnels nerveux graves : paralysies laryngées, paralysies cardiaques, paralysies des pneumo-gastriques, vomissements incoercibles, la convalescence laisse ordinairement des semaines durant, des malades épuisés, neurasthéniques, ayant perdu toute énergie vitale et intellectuelle.

« On le voit, même bénigne, la grippe est toujours une maladie grave, non seulement par l'intensité des troubles nerveux, la longueur de la convalescence, mais aussi, et surtout, par les complications qu'elle peut occasionner, donnant naissance à des infections secondaires dues au pneumocoque, au streptocoque, au staphylocoque, qui aboutiront à la broncho-pneumonie, la pneumonie, souvent suppurée, ou gangréneuse, la pleurésie purulente, la péricardite, la péritonite, les otites, la méningite, etc... Enfin elle imprime à toute affection antérieure des voies respiratoires, notamment la tuberculose, une allure aiguë... La grande mortalité des dernières épidémies a été due principalement à des tuberculoses, qui jusque-là torpides, ont, sous l'influence du poison grippal, pris soudain une marche rapide (1). »

La durée de la grippe non compliquée est de cinq à huit jours.

Au point de vue de la prédominance de tel ou tel symptôme, on divise la grippe en 4 formes principales :

1° la forme nerveuse ;
2° la forme thoracique ;
3° la forme digestive ;
4° la forme cardio-vasculaire.

Dans la FORME NERVEUSE, la maladie débute comme la grippe ordinaire. Mais au bout de 2 ou 3 jours, paraissent des troubles particuliers ; la nuit, le sujet est pris de délire de la pensée et des actions, il a le délire de la persécution, des hallucinations ; bientôt ces symptômes apparaissent aussi pendant la journée. Ces phénomènes cérébraux peuvent être tellement graves qu'ils mettent la vie en danger, non seulement l'infection peut s'attaquer aux lobes psychiques, mais elle peut gagner le bulbe ; alors on remarque des troubles du côté de l'appareil circulatoire et de la respiration ; les battements du cœur sont irréguliers il y a de la tachycardie. La respiration s'accélère, quoiqu'aucun symptôme pulmonaire ne puisse faire supposer cette anomalie. Le malade en pleine dyspnée, peut mourir par arrêt du cœur, ou en présentant des phénomènes convulsifs.

Comme nous l'avons dit plus haut, les paralysies ne sont pas rares à la suite de cette forme (paralysies laryngées, pneumo-gastriques, dorso-lombaires).

La forme la plus fréquente et aussi la plus grave, est la FORME THORACIQUE.

Le coryza semble être le début de la grippe, et de là, de proche en proche, l'inflammation s'étend, gagnant le pharynx, le larynx, les bronches... La bronchite, dans la grippe banale, ne durant guère plus de 8 à 10 jours, semble être l'aboutissant de l'infection primitive simple. L'infection secondaire, attaquant plus profondément les organes, sous forme de broncho-pneumonie, de pneumonie, de pleurésie, peut lui succéder ou, ce qui est plus rare, apparaître d'emblée.

Et, c'est dans ces cas, qu'on peut voir, par exemple, une pneumonie grippale d'emblée, impossible à diagnostiquer de la pneumonie habituelle, et étant une manifestation primitive de l'infection.

Au début, on entend des râles ronflants et sibilants, puis surviennent aux bases, principalement à droite, des bouffées de râles sous-crépitants, accompagnant les deux temps de la respiration. Enfin le lendemain, ou le surlendemain, on perçoit nettement, à une base ou dans la partie moyenne d'un des poumons, un souffle, ou plutôt une respiration soufflante, qui n'est que l'exagération du bruit normal. A l'état de santé, en effet, le tissu pulmonaire forme matelas et ne transmet pas les bruits qui se produisent dans la profondeur.

Ce souffle débute au second temps. Bientôt, si la maladie continue sa marche, il paraît à l'ins-

(1) *Le Monde médical*, 1895, n° 62,

piration. Plus l'état est grave, plus ce bruit tend à prédominer dans le premier temps.

Au moment où la broncho-pneumonie fait son apparition, la sonorité du poumon disparaît peu à peu. Déjà avec la bronchite capillaire, l'élasticité de la paroi était moindre ; la splénisation du poumon donne de la submatité, puis de la matité.

Mais les signes de la broncho-pneumonie n'atteignent pas tout le poumon. Si, à un endroit, on entend un souffle, à côté on percevra les râles sous-crépitants de la bronchite capillaire : ailleurs, les ronchus ronflants et sibilants du catarrhe des grosses et des moyennes bronches.

Chez l'adulte, outre ces signes, on constate une expectoration souvent abondante. Au début, les crachats sont muqueux, aérés, presque transparents. Puis, ils deviennent légèrement purulents. Si la bronchite est intense, ils seront fortement purulents et se présenteront avec une couleur jaunâtre ou verdâtre. Dans la broncho-pneumonie, le crachat prend une teinte sanguine ; parfois le sang est presque pur, ce sont les crachats hémoptoïdes ; dans d'autres cas, ils sont rouillés et plus ou moins analogues à ceux de la pneumonie fibrineuse ; pourtant ils ont moins la couleur sucre d'orge ou jus d'abricot, ils sont souvent plus rougeâtres. En outre, à côté de ces crachats sanguinolents, on en rencontre d'autres purulents, franchement bronchiques.

La pleurésie est le plus souvent secondaire, occupant un siège variable pouvant même revêtir la forme interlobulaire (Letulle).

Elle est séro-fibrineuse ou, le plus souvent, purulente.

Huchard a signalé deux variétés de congestion pulmonaire : l'une hémoptoïque avec expectoration mousseuse et colorée ; l'autre passive, constituant une sorte d'atélectasie pulmonaire. La première est la plus grave ; la seconde peut tuer par asphyxie, mécaniquement, surtout chez les sujets atteints d'affection cardiaque.

Enfin, on a signalé la paralysie des muscles bronchiques et l'œdème de la glotte.

Au point de vue du pronostic, il dépend de la gravité de l'épidémie, de la nature des complications et surtout de l'organisme frappé. Un surmené, un alcoolique, un tuberculeux, un cardiopathe sont les victimes presque fatales d'une grippe même de moyenne intensité. Dans la forme thoracique, en dehors de la pneumonie gangréneuse, ou suppurée, très grave par elle-même, chez un individu vigoureux, le seul fait de la congestion pulmonaire ou de l'atelectasie constitue un danger réel pour le cardiopathe, l'exposant à tous les accidents de l'asystolie aiguë... et ce serait le cas de répéter le mot d'un de nos maîtres : « la maladie est au poumon et le danger est au cœur » ; d'où la nécessité de tonifier le cœur.

La forme digestive ou gastro-intestinale est caractérisée par le tableau clinique suivant, d'après le « Monde médical » :

En pleine santé le sujet (c'est presque toujours un individu jeune ou dans la force de l'âge) est pris brusquement de symptômes rappelant tout à fait ceux d'une indigestion grave, causée par l'ingestion de ptomaïnes (aliments avariés).

« Le malade éprouve un malaise général avec pâleur, sensation de refroidissement, vertiges, en même temps qu'apparaissent des vomissements alimentaires, et des douleurs gastriques ou abdominales très vives. En même temps la céphalée est intense et la courbature très marquée. Rapidement la température monte, et les vomissements continuent. Il n'est pas rare de les voir durer plusieurs jours ; et dans ce cas la moindre quantité de liquide ingéré, suffit à les réveiller : situation des plus pénibles pour le malade, car non seulement elle empêche l'alimentation et le sommeil, mais encore elle l'effraye et aggrave la dépression nerveuse.

« La constipation peut exister au début, mais les jours suivants, quelquefois même, dès le premier jour, des accès de diarrhée apparaissent, le plus souvent précédées de crises gastralgiques, parfois intolérables, irradiées du côté de l'abdomen, avec sensation de brûlure le long de l'œsophage et de brûlure anale accompagnée de ténesme. Ces symptômes sont parfois si marqués, que le patient s'imagine être empoisonné.

« Au début la langue est rouge vif, les papilles sont saillantes ; plus tard la langue se recouvre d'un enduit saburral, les bords et la pointe seuls restent rouges. Faisans a signalé une coloration violacée de la muqueuse, très nette dans certains cas et qui ne se rencontrerait que dans la grippe. A la palpation : rate augmentée de volume, foie engorgé et douloureux. Souvent urines albumineuses. Enfin, presque toujours, existent des lésions buccales et pharyngées. Les lésions, bien étudiées, surtout par Hugenschmidt, revêtent plusieurs formes. Le plus souvent il s'agit d'une éruption érythémateuse, tapissant la voûte palatine, le fond du pharynx et rappelant tout à fait l'angine scarlatineuse (Cartaz). Ou ce sont des éruptions herpétiformes et aphteuses. On a même signalé la stomatite ulcéro-membraneuse, la gingivite, la périostite alvéolo-dentaire avec abcès consécutifs. Toutes ces éruptions sont en général très douloureuses.

« Ordinairement, l'infection dure de dix à douze jours. La fièvre est à type subcontinu, ne dépassant guère 39 degrés le soir. La courbature, la céphalée, la rachialgie persistent avec la même intensité jusque vers le quatrième ou cinquième jour et, comme la fièvre, décroissent insensiblement, lorsque les vomissements cessent et que des complications ne surviennent point.

« Outre les vomissements incoercibles, qui doivent être la grande préoccupation du médecin, il ne faut pas oublier que tant que le malade est sous l'influence de l'infection, des complications du côté du système nerveux, du cœur et surtout des poumons, peuvent apparaître. Complications qui s'annoncent par l'acuité persistante des phénomènes nerveux, des troubles fonctionnels du côté du cœur, l'apparition ou l'aggravation de la toux, la dyspnée, la recrudescence de la température et surtout l'intensité des phénomènes généraux. Les malades tombent dans un état d'adynamie profonde, quelques-uns même peuvent être atteints d'épistaxis, de délire, de coma, être en un mot dans un état typhoïde. Dans ce dernier cas, ce sont presque toujours des suppurations viscérales qui ont apparu et qu'il faut rechercher, notamment la pneumonie suppurée. »

La forme cardio-vasculaire est généralement consécutive ou même concomitante à une forme

thoracique légère. Des battements de cœur précipités, des accès d'étouffements, d'oppression apparaissent au bout de 4 ou 5 jours.

Outre la fréquence des battements du cœur, on remarque des altérations du rythme, telles que les bruits se succèdent à intervalles égaux, sans qu'il soit possible de reconnaître le petit et le grand silence, c'est l'embryocardie. Ceci est dû à l'action de la toxine microbienne, soit sur la fibre musculaire, soit sur les nerfs du plexus cardiaque.

Il se produit là une *myocardite* infectieuse grippale analogue à la myocardite diphthérique ou variolique.

Le malade est épuisé, absolument prostré, sujet à des vertiges, cela accompagné d'un état syncopal ; cette situation peut durer cinq ou huit jours, sans la moindre trace d'hyperthermie. Ces cas ne sont pas très rares.

On signale aussi un certain nombre de cas de grippes dites FRUSTES. On remarque un accès de fièvre durant quelques jours, accompagné d'un léger coryza ou d'une laryngite. Dans ces cas, il arrive presque toujours que cette inflammation persiste pendant des semaines, des mois entiers ; les malades ont des quintes de toux incessantes, que l'on ne peut enrayer. Il est à croire que comme dans la coqueluche, l'intoxication grippale se localise aux ventricules du larynx. Dans de nombreuses autopsies de coqueluche, on trouve une inflammation intense de ces cavités, produisant un liquide muqueux, muco-purulent, purulent même parfois. Lorsque ces sécrétions sont abondantes, elles tombent sur les cordes vocales. Aussitôt se produit une quinte violente, brusque, ne disparaissant que lorsque les mucosités ont été expectorées. La toux est analogue à celle que l'on observe lorsqu'une gouttelette de boisson vient à pénétrer dans le conduit aérien.

Si la forme fruste est accompagnée de coryza, on a alors pendant très longtemps des accès d'éternuements, pouvant durer près d'un quart d'heure. Peu à peu, les sinus frontaux et maxillaires sont pris. Cette affection guérit lentement, mais elle a toujours une influence néfaste sur la santé ; l'odorat se perd, et avec lui, le goût disparaît ; le malade ne veut plus rien manger, tout lui semble mauvais ; il perd l'appétit.

On a signalé aussi une forme abortive de la grippe ; un sujet est pris tout à coup d'un accès de fièvre, la température atteint et dépasse rapidement 40°, on ne sait ce qui va survenir, lorsque la fièvre tombe et le malade se trouve dans un état de santé presque aussi satisfaisant qu'auparavant.

Telles sont les principales formes cliniques de la grippe. Mais pendant son évolution et surtout pendant la convalescence, peuvent apparaître de nombreuses complications que nous nous bornerons à énumérer : toutes ces complications sont dues à des associations microbiennes. Ce sont: la pneumonie avec tendance à la suppuration, l'érysipèle, les suppurations multiples, abcès, furoncles, etc., la néphrite, qui peut même passer à l'état chronique et constituer le mal de Bright d'une incurabilité presque constante, les myocardites, les paralysies plus ou moins passagères, l'avortement dans le cas de grossesse.

Reste la question du diagnostic de la grippe qui est généralement assez facile, quand la maladie éclate d'une manière épidémique, affectant presque toujours la même allure, avec prédominance d'un symptôme, soit la céphalalgie, soit la courbature, soit les crampes dans les membres, soit la rachialgie. Mais, pour les cas isolés, il peut y avoir quelqu'hésitation, parfois.

« La pneumonie est généralement manifestée, presqu'immédiatement par un point de côté violent. Lorsque celui-ci fait défaut, la distinction est très difficile, car l'élévation brusque de la température et l'intensité de la fièvre sont à peu près les mêmes de part et d'autre.

« La rougeole est rare chez l'adulte ; la grippe, au contraire, se rencontre peu chez l'enfant. Mais il faut parfois en faire le diagnostic. Dans les deux affections, on a de la toux, du coryza, de la fièvre, du catarrhe de la conjonctive. Pourtant, l'infection rubéolique est moins brutale ; c'est seulement en deux ou trois jours, et avec des rémissions matinales, que la température atteint 39°5 ou 40°. Du reste, à cette époque, paraît l'éruption caractéristique. Si pourtant on hésite, il faut examiner la voûte du palais ; dans la rougeole, elle est couverte très tôt d'un pointillé rougeâtre très marqué qui fait rarement défaut, et qu'on ne rencontre pas dans la grippe.

« La variole éclate de même avec une forte fièvre, de la rachialgie, des courbatures ; mais on ne perçoit pas de signes de bronchite.

« Le typhus exanthématique débute aussi avec fièvre et courbature ; il existe même des cas où on perçoit quelques râles sibilants, mais cette affection est rare. Ce n'est qu'après trois ou quatre jours que l'on peut être fixé, par l'apparition de l'éruption exanthématique, qui n'a qu'une faible analogie avec le rash que nous avons signalé dans certains cas de grippe » (1).

II

TRAITEMENT.

Nous ne connaissons encore aucun traitement prophylactique certain, ni aucun traitement spécifique de la grippe. Il faut donc se borner à une thérapeutique des symptômes, indépendamment des soins hygiéniques à donner au malade.

Le *traitement* de la grippe doit tout d'abord s'attaquer à la fièvre, aux courbatures, à la céphalalgie, parfois atroce.

Quand on se sent mal à l'aise et fiévreux pendant la saison de la grippe et quand on a des présomptions pour croire que l'on va être envahi, il y a, suivant de nombreux praticiens, un excellent moyen de juguler la maladie dès le début:

C'est de s'administrer avec précaution *de l'alcoolature de racine fraîche d'aconit napel*, jusqu'à ce qu'il survienne des fourmillements dans les extrémités. Il faut être naturellement suffisamment observateur pour suivre un pareil traitement, mais il est certain que, jusqu'à présent, on ne connaît pas de meilleur abortif de la grippe. Voici d'ailleurs la posologie à observer : dans une tasse à café de tisane chaude de tilleul, mettre dix gouttes d'alcoolature de racine d'aconit et renouveler la même dose toutes les demi-heures jusqu'à fourmillements ; on pourra arri-

(1) *Nord médical*, septembre 1895.

ver ainsi à prendre cinquante, soixante ou soixante-dix gouttes d'aconit progressivement, en 3 ou 4 heures. Comme l'a parfaitement démontré M. Dujardin-Beaumetz, l'aconit n'agit réellement qu'au voisinage de la dose toxique. La dose toxique est essentiellement variable, suivant les individus et suivant telle ou telle disposition de la même personne. Il est certain que cette méthode est peu applicable à la clientèle ordinaire et pourrait être dangereuse pour d'autres que des médecins.

La maladie étant déclarée, le mieux est de commencer par l'essai d'une *sudation abondante* avec des boissons chaudes et deux ou trois cachets de 0,50 centigrammes *d'antipyrine*. Le malaise persiste-t-il ? on administrera une purgation saline un peu violente et on mettra le malade à la diète absolue. Certaines personnes prennent de préférence l'huile de ricin. On insiste sur le champagne, les grogs chauds, la kola, et on alimente le malade, si l'estomac fonctionne bien, avec les laits de poule, des jaunes d'œufs délayés dans du bouillon ou du champagne, sinon avec des lavements de lait et de peptone.

Il faut être sobre de potions aux extraits de quinquina, souvent mal tolérées par l'estomac.

Matin et soir (pour faire l'antisepsie intestinale), on administrera un lavement d'un litre d'eau bouillie et prise chaude dans laquelle on fera dissoudre 10 grammes d'acide borique.

Toutes les deux heures le malade se gargarisera avec de l'eau phéniquée au 1/200[e] dans laquelle on versera quelques gouttes d'alcoolat de menthe ou du jus de citron.

Le malade prendra ensuite un grand bol de lait bouilli ou stérilisé, de façon à absorber 3 litres par 24 heures, on pourra y ajouter un peu de bouillon dégraissé.

Si le lait est mal toléré on pourra ajouter trente centigrammes de pancréatine.

Contre la courbature, frictions, matin et soir, avec alcoolat de Fioravanti.

Il faut s'abstenir de kermès, d'ipéca comme expectorants, car ils sont déprimants.

D'après la grande majorité des médecins, c'est la *quinine* qui paraît jouer le principal rôle dans la thérapeutique de l'influenza. Dans les premiers jours de la maladie, elle est souvent mal supportée par l'estomac et rejetée ; il faut la donner par doses très fractionnées, associée au salicylate de soude ou à l'antipyrine.

Chlorhydro-sulfate de quinine.	0,60 centig.
Antipyrine....................	0,50 centig.
en cinq cachets.	

Prendre un cachet toutes les heures.

Ou bien :

Chlorhydro-sulfate de quinine....	0,60 c g.
Salicylate de soude...............	2 gr.
en cinq cachets.	

Un, toutes les heures.

Progressivement, au fur et à mesure que l'estomac devient plus tolérant, on augmente les doses jusqu'à 1 gramme de quinine en 24 heures.

A côté de la quinine, l'alcool à haute dose rend de grands services dans la grippe, non pas sous la forme de potion de Todd ordinaire, qui est insuffisante, mais sous forme de grogs extrêmement forts et de vin de champagne. Il faut donner au moins 100 à 150 grammes d'alcool en 24 heures aux personnes non habituées à l'usage de l'alcool et 200 à 250 grammes aux alcooliques avérés.

Le repos au lit et à la chaleur est indispensable pendant 5 ou 6 jours dans les formes ordinaires de la grippe.

Dès que la fièvre diminuera, on essaiera d'alimenter le malade, pour combattre le plus rapidement possible l'abattement et la faiblesse : la kola, la coca, les glycéro-phosphates, la noix vomique, le quinquina serviront d'excitants et d'adjuvants très efficaces.

Dans la forme nerveuse, on donnera toujours la quinine, mais peu d'alcool, si le malade a beaucoup d'excitation cérébrale et n'est pas un alcoolique avéré ; les lotions au vinaigre aromatique fréquemment répétées donneront d'excellents résultats et quand on sera convenablement outillé, on donnera des bains tièdes à 28° ou 30°. Contre l'adynamie et le collapsus, le mieux est d'employer *l'éther* en injections hypodermiques.

Dans la forme thoracique, on aura recours à la quinine, à l'alcool *largâ manu*, aux potions calmantes à l'extrait thébaïque et à l'oxyde blanc d'antimoine, aux cataplasmes sinapisés et aux vésicatoires bien antiseptiques. L'éther et la caféine en injections sous-cutanées donnent les meilleurs effets dans le cas de complications broncho-pulmonaires intenses. Contre les quintes de toux persistantes, coqueluchoïdes, qu'on observe fréquemment, on donnera 4 fois par jour des fumigations de plantes aromatiques et béchiques, et on fera des pulvérisations de la gorge avec une solution antiseptique cocaïnée.

Dans la forme gastrique, il faudra faire de l'antisepsie intestinale avec l'eau chloroformée et le benzonaphtol ; de temps en temps, un peu de calomel (1 gr. par fractions de 0,20 centigrammes). Contre les vomissements, rien ne vaut le champagne glacé par cuillerées, ou l'eau chloroformée. Contre la diarrhée, on aura recours au bismuth, à l'acide lactique, au tannigène. Quand le malade a une intolérance gastrique trop prolongée et qu'on ne peut l'alimenter avec le lait, on prescrira trois fois par jour, après lavement de propreté, un des lavements suivants :

Farine de riz.........	2 cuillerées à café.
Jaunes d'œufs.........	n° 2.
Peptone sèche.........	1 cuillerée.
Vin de Malaga.........	1 verre à madère.
Lait bouilli et tiède et légèrement salé......	2 grands verres.

Si le malade est affaibli, s'il est en état lipothymique, ce qui arrive souvent, car le poison grippal semble agir surtout dans ces cas sur le bulbe, on pratiquera des injections sous-cutanées d'éther ou de caféine, comme il a été dit déjà.

Si la température est trop élevée, lotions froides et bains, à moins qu'il n'y ait des tendances à la syncope.

Dans la forme cardiaque, il faudra recourir surtout à la spartéine (0,10 centigrammes par jour), aux injections sous-cutanées de caféine et à la digitaline en solution au millième (cinquante gouttes par jour pendant 2 ou 3 jours).

Dans les grippes légères ou frustes, le traitement se bornera à une ou deux purgations, chlorhydro-sulfate de quinine 0,60 centigr. par jour, potion de Todd alcoolisée à 60 gr. et éthé-

risée, repos au lit et à la chaleur, boissons chaudes légères, alimentation peu abondante, mais substantielle.

Quelle qu'ait été d'ailleurs la forme de la grippe, la convalescence s'accompagnera toujours d'une grande faiblesse générale et réclamera des aliments réparateurs et des médicaments toniques, vins amers, quinquina, coca, kola, phospho-glycérates, grand air de la campagne.

Quant à la prophylaxie de la grippe, elle consiste à éviter les surmenages de toutes sortes, à prendre garde aux refroidissements, à entretenir une antisepsie parfaite de la bouche et des fosses nasales au moyen d'irrigations phéniquées légères et de savonnages minutieux, enfin à entretenir le bon état des voies digestives par purgations fréquentes et antiseptiques intestinaux. Ollivier conseillait de prendre l'huile de foie de morue comme prophylactique de la *grippe pendant* une épidémie ; pour ceux qui peuvent bien la supporter et la digérer, nous croyons le conseil excellent.

En tout cas, nous défendons pas, pour remplacer cet excellent tonique, de se suralcooliser comme font certaines personnes sous prétexte de se rendre invulnérables au poison grippal.

D[r] PAUL HUGUENIN.

CLINIQUE RHINOLOGIQUE

Signes et traitement de l'ozène.

Il y a deux façons d'entendre le terme d'ozène : les uns, de moins en moins nombreux, confondent sous ce nom toutes les maladies des fosses nasales qui s'accompagnent de fétidité ; les autres le réservent pour une affection spéciale que caractérisent non seulement la mauvaise odeur, mais encore des lésions toutes particulières. Dans la première acception, l'ozène n'est qu'un symptôme : c'était là l'opinion d'autrefois, la seule que l'on pouvoir avoir avant qu'on eût commencé à débrouiller le chaos des affections nasales. Aujourd'hui cette façon de considérer l'ozène n'est plus de mise ; elle est trop compréhensive ; on sait que les affections nasales les plus disparates, ulcéreuses et nécrotiques en particulier, peuvent donner lieu à la production de sécrétions fétides : or, chacune de ces affections réclame un traitement spécial ; leur thérapeutique doit donc avoir pour base un diagnostic précis.

L'ozène ou, pour mieux dire, l'ozène vrai, l'ozène essentiel, le seul que nous ayons en vue actuellement, se reconnaît aux signes suivants : l'air expiré présente une odeur sui generis rappelant tantôt celle de la punaise écrasée (punaisie), tantôt celle de la sueur des pieds, perceptible au voisinage immédiat du malade ou à distance, mais non perçue par le malade lui-même, dont l'odorat est plus ou moins émoussé, si bien que l'individu atteint d'ozène se plaint d'un certain nombre de troubles fonctionnels (obstruction nasale, exagération des sécrétions nasales, sécheresse de la gorge, lourdeur de tête, etc.), mais jamais de la fétidité ; s'il accuse ce symptôme, c'est qu'il lui a été révélé par ses parents, son patron, ses camarades d'atelier qui en sont importunés. Il mouche abondamment, salit un ou deux mouchoirs par jour ; les sécrétions qu'il rend sont épaisses, jaunes ou verdâtres ; de temps en temps il cesse de moucher pendant une demi-journée, un jour, un jour et demi, puis expulse soudain et parfois au prix de grands efforts, une croûte verdâtre, longue de deux ou trois centimètres, souvent striée de sang, reproduisant la forme du méat ou du cornet dont elle vient de se détacher et exhalant la même odeur que l'air expiré. S'il s'agit d'un adulte, ces symptômes ne sont jamais d'origine récente : on apprend qu'ils existent depuis une plus ou moins longue série d'années, avec des intervalles d'amélioration et d'aggravation, et, si le malade a bonne mémoire, qu'ils ont commencé à se montrer dès l'âge de 8, 10 ou 12 ans.

Si l'on introduit un spéculum nasi dans l'une des narines et si l'on y projette un faisceau lumineux, on est tout d'abord frappé de la largeur anormale de la fosse nasale au fond de laquelle on distingue d'emblée la paroi postérieure du pharynx ; la muqueuse est recouverte sur une partie de son étendue d'une sécrétion épaisse et de croûtes d'un jaune verdâtre. Ces dernières enlevées, on cherche en vain le relief habituellement formé par le cornet inférieur : celui-ci, plus ou moins *atrophié*, semble, dans les cas graves, avoir complètement disparu ; sa place n'est plus marquée que par un simple bourrelet. Mêmes lésions, mais d'ordinaire bien moins accentuées, du cornet moyen. La muqueuse est lisse, rosée, *sans traces d'ulcération*. Les lésions sont bilatérales, tout en étant souvent plus proncées d'un côté.

La rhinite atrophique ainsi caractérisée est incurable au point de vue anatomique : on ne peut lui appliquer qu'un traitement palliatif qui consiste à débarrasser le malade des concrétions intra-nasales et à supprimer du même coup la fétidité ! Parmi les innombrables moyens qui ont été proposés dans ce but, le plus simple et le plus pratique consiste dans l'emploi de la vaseline boriquée forte : il réussit neuf fois sur dix, à la condition d'être appliqué suivant les règles suivantes.

Après avoir débarrassé les fosses nasales des croûtes qui l'encombrent, à l'aide d'un stylet et d'une pince, on renvoie le malade chez lui avec la prescription suivante :

Vaseline............	40 grammes.
Acide borique.......	10 —

dont il introduira cinq fois par jour gros comme une noisette dans chaque narine. A cet effet, il fait pénétrer, dans une narine d'abord, avec l'extrémité de l'index, la quantité de pommade voulue, puis il bouche l'autre narine et renifle la vaseline en renversant un peu la tête en arrière. La pommade fond rapidement, se répand sur les parois des fosses nasales, et, si le malade maintient la tête relevée, ne tarde pas à pénétrer dans la gorge. On procède immédiatement après et de la même façon pour la fosse nasale opposée. Il est important de recommander au malade d'employer une grande quantité de pommade : il n'en mettra jamais trop. Au moment où le médicament pénètre dans le nez, le malade ressent un picotement d'ordinaire léger, parfois assez intense, mais passager, qui provoque un larmoiement réflexe. En même temps il se produit dans le nez une sécrétion

abondante de liquide séreux qui détache les croûtes et délaie les mucosités préexistantes. Au bout de huit à dix minutes environ, et pas avant autant que possible, le malade se mouche et expulse tout le contenu des fosses nasales : pommade, mucus et concrétions. Il se produit ainsi une sorte de lavage de dedans en dehors.

Le malade est revu après huit jours de ce traitement : on s'assure que celui-ci a été fait régulièrement et selon les préceptes indiqués, si les croûtes ne sont pas reproduites, on fera continuer l'usage de la même pommade dont on diminuera peu à peu les doses. Si les fosses nasales sont de nouveau envahies par les croûtes, on enlève ces dernières et l'on prescrit une pommade plus chargée en acide borique, par exemple la suivante :

Vaseline	40 gr.
Acide borique	15 gr.

En été, alors que la vaseline est semi-fluide, on peut élever la dose d'acide borique à 20 gr. et même à 30 gr. pour la même quantité de vaseline.

Si les croûtes se reproduisent, si la fétidité persiste malgré ce traitement, il faut s'adresser à la méthode de Gottstein. Celle-ci consiste à introduire dans la fosse nasale et à appliquer sur les points où les croûtes se reproduisent avec le plus de persistance, le plus souvent dans le méat et sur le cornet moyens, un tampon de coton hydrophile sec ou imbibé d'huile de vaseline mentholée.

Ce tampon doit présenter une longueur d'environ 4 cent. sur 2 cent. de hauteur et un demi-centim. d'épaisseur. Le stylet qui sert à son introduction ne doit pas être boutonné, afin qu'on puisse le retirer sans qu'il ramène le tampon : nos malades se servent communément d'une aiguille à tricoter. Le tampon est laissé en place de deux à douze heures ; il tombe ordinairement de lui-même ou bien est expulsé dans l'action de se moucher ou d'éternuer. Les croûtes contre lesquelles il a été appliqué y adhèrent ou sont éliminées immédiatement après lui. Il est facile d'apprendre aux malades à placer eux-mêmes le tampon dans l'une des narines ou dans les deux, matin et soir : ils arrivent à l'introduire beaucoup plus délicatement que le médecin lui-même : il suffit de leur recommander de le porter en haut et en dehors vers l'angle externe de l'œil. Le tampon de coton agit en provoquant une sécrétion réflexe, qui, se produisant à la surface de la muqueuse au-dessous des croûtes, les décolle et les entraîne. Ce mode de traitement est moins désagréable et surtout moins dangereux pour les malades que les douches nasales, encore si usitées et pourtant si souvent mal supportées.

Avec ces deux moyens, vaseline boriquée et tampon, employés isolément ou combinés, on obtient tout ce qu'on peut obtenir dans l'ozène : on donne au patient le moyen de masquer son infirmité en supprimant à la fois les concrétions nasales et la fétidité. C'est d'ailleurs tout ce que demande le malade à qui il importe peu d'avoir ou non de l'atrophie des cornets.

Dr M. Boulay.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La mortalité pendant l'expédition de Madagascar *(suite et fin)*.

Quand nous lisions les bulletins sanitaires envoyés en France, nous restions stupéfaits ; et, cependant, la progression de la mortalité a été telle qu'il n'y avait aucune illusion à se faire. Voici la moyenne journalière de la mortalité :

Mortalité par jour.

Mars	1	homme
Avril	2	—
Mai	4	—
Juin	8	—
Juillet	12	—
Commencement d'août	24	—
Milieu d'août	30	—
Fin d'août	49	—
Septembre et octobre	50	—

Ces chiffres représentent des moyennes : ils n'en sont pas moins exacts, parce qu'ils résultent de données absolument authentiques. Ils sont plutôt au-dessous de la vérité ; et, la preuve, c'est que d'après les chiffres officiels du service de santé, à la date du 3 août, la mortalité s'élevait à 39 décès par jour, entre Suberbieville et Majunga, sans tenir compte des décès de l'avant. D'après une déclaration faite à la table du paquebot le *Djemnah*, par le directeur du service de santé, qui se rendait au sanatorium de Nossi-Comba, il y avait, le 1er septembre, 800 malades dans les divers hôpitaux ; et M. Eymery-Desbrousses estimait à 45 le chiffre des décès par jour, dans le corps expéditionnaire. Dans la seule journée du 14 décembre, le chiffre de la mortalité connu à Majunga atteignait 32. Cet ensemble de faits équivaut à une preuve péremptoire, et on peut être assuré que nous n'avons pas cherché à assombrir le tableau.

Décès parmi les rapatriés. — Il est indispensable d'ajouter les décès survenus en cours de route, sur les navires chargés des rapatriements. L'opinion publique a été émue par ces *convois funèbres* traversant l'océan Indien et la mer Rouge ; pour un peu on demandait à les arrêter. Le rapatriement était pourtant la seule chance de salut, et le gouvernement a bien fait d'adopter cette mesure salutaire, peut-être, hélas ! trop tardivement.

Décès parmi les officiers. — La proportion des officiers qui ont succombé aux maladies est de beaucoup inférieure à celle des soldats. Ce fait a une grande importance ; il prouve une fois de plus qu'il y a des conditions à remplir pour vivre dans les pays chauds. Les officiers sont plus âgés que les soldats, leur résistance est plus grande ; ils sont aussi plus scrupuleux observateurs des lois de l'hygiène et ils savent mieux éviter les causes des maladies.

Il y a eu 25 décès parmi les officiers malades du corps expéditionnaire :

1 colonel, 1 lieutenant-colonel, 1 chef d'escadron, 5 capitaines, 4 lieutenants, 2 officiers de gendarmerie, 2 enseignes de vaisseau, 3 médecins, 1 vétérinaire, 3 aumôniers, 1 officier d'administration, 1 interprète.

Tués et blessés. — On a coutume de juger de l'importance des batailles par le nombre des tués et des blessés.

Au total, 94 blessés et 7 tués. En parallèle avec les malades et les morts, le contraste est frappant et prouve que l'expédition était surtout une affaire sanitaire.

Résumé. — La campagne de 1895 à Madagascar aura été une des plus meurtrières de notre époque.

Tous malades et six mille décédés, voilà le bilan!
(*Annales d'hygiène publique*, 1895).

BULLETIN DES SYNDICATS

Association professionnelle des médecins de Reims.

10 *mars* 1895.

Présents : MM. Bettinger, Bourgeois Colaneri, Colleville, Dominé, Durot, Gaube, Guelliot, Hache, Jacquin, Knoeri, Lacoste, Lelièvre, Lenglet, Mercier, Meunier, Panis, Pitoy, Roussel, Seuvre, Strapart.

Ravaud (Witry-les-Reims), Loche (Rilly), Malot de Villedommange.

Excusés : MM. Levêque, Chevy et Dupré.

Le bureau est composé de M. Seuvre, *Président*, assisté de M. Meunier, *vice-Président* ; M. Guillaume, *trésorier*, et M. Pitoy, *secrétaire*.

Le secrétaire informe l'assemblée que depuis la dernière assemblée le conseil a reçu les adhésions suivantes : de MM. Bienfait, Decès, Adolphe Henrot, Hoel, Strapart, Panis, Luton fils, *de Reims*, et Pichancourt, *de Bourgogne*, Noel, *de Bétheinville*.

Ce qui porte à 55 le nombre des membres fondateurs, dont 45 médecins de Reims sur 47 exerçant, et 10 de la zone suburbaine.

La déclaration légale a été faite à la mairie de Reims, le 8 mars, et nous avons reçu l'accusé de réception le 9 mars ; donc, dès maintenant l'Association est en possession de ses droits légaux.

M. Seuvre, président, prononce l'allocution suivante :

Chers Confrères,

Hier, nous avons reçu de l'apôtre des syndicats médicaux de France, du docteur Gézilly, une lettre dans laquelle il nous apprend que 90 syndicats existent en France, dont 62 sont adhérents à l'Union. Votre présence à cette assemblée, et votre empressement à donner votre adhésion nous prouvent qu'un syndicat médical était utile en notre ville.

Presque toujours, quand un syndicat médical se forme, sa création est saluée par des quolibets, quelquefois par des critiques acerbes.

A Reims nous naissions à peine, et les journaux s'emparaient de notre état fœtal pour lancer la note gaie. Le mieux est de rire avec les rieurs et de prendre pour devise :

« Fais ce que dois, advienne que pourra. »

Comment des médecins, des *frères ennemis* s'associent pour défendre leurs droits et leurs intérêts ! !

Qu'est donc devenue *pessima invidia* ?

Le fait est que l'idée lancée par notre confrère Pitoy (qui fut en 1884 et en 1885, l'âme vibrante du Syndicat de Meurthe-et-Moselle) a grandi depuis quelques semaines. Notre premier devoir est de remercier nos confrères de Reims et ceux des pays voisins qui ont, à la presque unanimité, adhéré à notre association professionnelle. C'est de très bon augure pour l'avenir de notre syndicat. Cette union constitue la meilleure récompense accordée au zèle de notre dévoué secrétaire. Nous sommes heureux et fiers de trouver parmi nous et les anciens présidents de la Société de Prévoyance des médecins de la Marne et nos anciens maîtres de l'Ecole de Reims et le Maire de notre ville, dont l'appui est toujours acquis aux causes justes marquées au coin du progrès.

Nous sommes satisfaits de retrouver dans les annales de l'Association des médecins de la Marne dès l'année 1878 les idées que les Syndicats sont appelés à défendre, et bien certainement l'Association générale des médecins de France par son organisation et par son but a inspiré les promoteurs des Syndicats médicaux.

Dans l'assemblée de novembre 1878, tenue à Epernay, le docteur Bienfait ne disait-il pas dans son rapport :

« L'heure des récriminations stériles est passée, celle du travail et des conceptions utiles approche : nous devons nous y préparer. Il ne faut à aucun prix qu'il soit dit qu'après avoir pendant des années, rempli le monde de nos plaintes, nous nous sommes trouvés impuissants et muets, le jour où on nous a mis en demeure de formuler le code par lequel nous entendons être régis. A cette œuvre chacun de nous doit tenir à apporter sa part, car elle doit être l'œuvre de tous, pour être efficace et durable »

Nous n'avons pas à faire l'historique de l'Association générale des Médecins de France, et en particulier de la société de Prévoyance de la Marne. Les Associations ont rendu et rendront toujours à la Médecine des services éminents.

Plusieurs de nos confrères de Reims ont présenté des rapports et des travaux que nous aurons souvent à consulter, et qui ont obtenu sanction administrative.

Plusieurs ont contribué puissamment à la préparation et à l'adoption de la *loi sur la Protection de la santé publique* ; et, dans des circonstances nombreuses, l'autorité préfectorale s'éclairait en écoutant les avis de nos confrères.

C'est aussi au sein de l'Association de la Marne et en 1878 que nos collègues estimaient nécessaire de rééditer un *code des relations confraternelles à l'usage des Médecins.*

Ce code, créé dès 1846 par nos devanciers de la Société Médicale de Reims, avait été revisé en 1860.

En 1878, notre confrère Levêque, au nom d'une commission nommée par l'Association de la Marne, présentait une nouvelle édition de ce règlement relatif aux usages professionnels et aux honoraires des médecins ; règlement qui pourra nous servir de base déontologique. Ce sera avec le plus grand empressement que nous nous appuierons sur les conseils de nos devanciers. Bien avant la création d'un Syndicat, ils s'unissaient pour vivre en paix et s'entre-aider les uns les autres.

Comme nos aînés, nous devons chercher à obtenir le relèvement matériel et moral de notre Profession par l'Union féconde. Les efforts isolés demeurent impuissants et la divison tue. Laissez-moi vous répéter les nobles paroles du président du Syndicat des Vosges, du docteur Lardier.

« Conservons tous le souci de notre liberté, ayons l'amour du bien et le culte de la dignité de la Profession médicale. Nous devons, nous voulons marcher la tête haute. Nous travaillons à améliorer notre situation, à la faire digne, respectable, aussi respectée dans le dernier des villages que dans les grandes cités.

En travaillant pour tous, chacun aura combattu
« Pro domo sua. »

En 1882, époque de la naissance du mouvement Syndical, dans le corps médical français, M. Martineau, secrétaire de l'Association des Médecins de France, écrivait :

Uni dans une même solidarité confraternelle, le corps médical relèvera son prestige, améliorera sa situation financière et revendiquera hautement ses droits vaillamment conquis par une vie de labeur et de dévouement... Tel est le but que désire obtenir le syndicat médical, tel est aussi le but que

poursuit l'Association générale des médecins de France. »

Les syndicats médicaux eurent tout d'abord peu de succès. Leurs prétentions autoritaires effrayèrent un grand nombre de médecins. L'Association des médecins de France, loin de favoriser leur existence chercha plutôt à les combattre.

« Ce qui a contribué à faire la force de ce courant, dit M. Foville, successeur de M. Martinceau, c'est l'esprit de modération dont les syndicats ont fait preuve. S'écartant de plus en plus de certaines revendications violentes du début, ils ont adopté une attitude calme et concillante ; ils ont su laisser une part légitime à l'indépendance de chacun de leurs adhérents ; *ils ont fait acte, en un mot, de libéralisme éclairé.* Le conseil général de l'Association des médecins de France, loin de rejeter l'*étude des rapports à établir entre l'association et les syndicaux médicaux*, est tout disposé à aborder cette étude franchement, sans aucun préjugé, sans aucun parti pris. »

La promulgation de la loi pour les syndicats en associations professionnelles, loi du 21 mars 1894, dont notre secrétaire nous donnera en quelques instants lecture donnait aux syndicaux médicaux une autorité nouvelle basée sur la légalité.

Bientôt après, pour obtenir plus de cohésion et plus de force auprès des pouvoirs publics, une *commission générale des syndicats rep ésentée* par les Drs Cézilly, Dulaurier, Margnerite, propose une *fédération générale* destinée à faire entrer dans la voie pratique un certain nombre de questions. Depuis 15 années, le journal *le Concours Médical,* organe des syndicats des médecins de France, lutte avec énergie pour obtenir les réformes justifiées.

En fondant à Reims une association professionnelle nous n'avons pas la prétention d'innover. Nous suivons l'état des esprits de tous les médecins français. Ce n'est qu'un pas de plus fait en avant pour préciser nos devoirs et pour pouvoir plus légalement obtenir la revendication de nos droits.

Pourquoi avons-nous donné à notre syndicat le nom d'Association professionnelle? Parce que la loi nous y autorise, et parce que cette expression n'éveille pas dans l'esprit l'idée de mercantilisme militant qu'on accorde volontiers au mot de syndicat.

Nous considérons toujours comme le premier de nos devoirs, le dévouement empressé envers tout homme qui souffre quelle que soit sa fortune. L'article premier du code des médecins de la Marne dit : *Les médecins ne réclament des honoraires que des personnes qui peuvent rémunérer leurs soins.* Aucun de nous ne voudra le modifier. Les médecins qui placent l'intérêt au-dessus du plus impérieux des devoirs manquent de cœur. Ils sont mis à l'index et ils ne méritent pas de porter le noble titre de médecin. Mais le prêtre vit de l'autel. Le médecin pour vivre lui et les siens d'une manière digne, doit être rétribué. Si le médecin n'avait d'autre préoccupation que le lucre il cesserait d'être humain ; mais s'il se contentait de prodiguer toujours gratuitement ses soins, il deviendrait un héros.

Le médecin ne doit pas être placé entre son devoir et ses intérêts. Autrefois il pouvait avec un faible revenu, faire face à des dépenses minimes. Aujourd'hui les charges sont lourdes, et le médecin devient pour les siens plus prévoyant. Il doit pour lui-même songer à l'avenir et désirer une retraite honorable :

Otium cum dignitate.

La principale objection faite à l'utilité des Syndicats médicaux consiste à dire que l'Association générale des médecins de France peut traiter les mêmes questions, et que l'une existant, toute autre association devient inutile.

Avant la promulgation de la loi de 1884, cette objection avait une certaine valeur, mais depuis, grâce à cette loi, le syndicat a une action légale que ne peut obtenir l'Association générale des médecins de France.

Les sociétés de prévoyance départementales, et les syndicats reposent sur les mêmes principes de confraternité, de solidarité ; ils ont souvent des points de contact. Beaucoup de syndicats s'appliquent à cimenter cette union. L'Association a surtout la bienfaisance pour but. Le Syndicat vise à la défense légitime des droits.

Ces deux institutions se complètent l'une l'autre, elles doivent marcher parrallèlement.

Pour la solution des questions délicates, le Syndicat rémois sera heureux de provoquer les conseils et l'appréciation de l'Association départementale. Chaque fois que l'occasion s'en présentera nous entrerons en relations cordiales avec l'Association des médecins de France, et particulièrement avec l'Association de la Marne.

Est-il utile de dire dans cette première réunion sur quelles questions doit porter l'examen et le travail de notre syndicat ? Nous ferions une énumération fastidieuse ; des faits imprévus, telle circonstance donnée nous engageront à mettre à l'ordre du jour des assemblées, telle ou telle question que nous devrons tous étudier avec soin.

Aujourd'hui nous allons fixer ensemble les principales règles de déontologie.

La déontologie est-elle utile? Oui, puisque l'expérience nous apprend qu'il est nécessaire, surtout dans la profession médicale, d'avoir des règles de conduite, dont il n'est jamais sage de se départir.

Ces règles n'ont pas toujours une sanction, mais elles exercent sur ceux qui ont conservé le sens moral une action incontestable.

Aucun de nous ne peut avoir la prétention d'être parfait.

Etant donnée la lutte pour la vie, qui devient chaque jour de plus en plus acharnée, les indications du devoir et de l'honnêteté s'émoussent. Pour ranimer l'esprit de bonne confraternité, il est bon de nous réunir, de nous sentir les coudes et de tracer d'ensemble, en même temps que nos droits, nos devoirs réciproques.

Soutenons-nous ! l'esprit de *corps* ne peut que nous relever tous Prenons la devise des syndicats : Tous pour un, un pour tous.

Et pour arriver à cette cohésion qui fait la force, soyons indulgents, montrons-nous bienveillants, estimons-nous les uns les autres. Rappelons-nous que notre profession est une des plus critiquées. C'est parfois notre faute.

Quand nous nous respecterons nous-mêmes, quand nous serons généreux les uns pour les autres, la médecine reprendra promptement le rang honorable et honoré qu'elle mérite et qu'elle doit toujours conserver.

Après les applaudissements prolongés qui accueillent cette allocution, le Secrétaire donne lecture de la loi du 21-22 mars sur les Syndicats professionnels. *(A suivre).*

VARIÉTÉS

Œuvre des enfants tuberculeux.

HÔPITAUX D'ORMESSON ET DE VILLIERS.

Secrétaire général : Dr Léon PETIT, 35 bis, rue de Miromesnil.

Voilà cinq ans que cette œuvre, de si haute valeur, a été inaugurée, avec les ressources procurées par des souscriptions sollicitées par le secrétaire général, avec une admirable ardeur. MM. Guéneau de Mussy, Hérard, Blache ont eu le mérite de l'initiative et surtout celui de la persévérance. Celle-ci a été récompensée par le succès.

En 1893 l'hôpital de Villiers a été joint à celui d'Ormesson, devenu insuffisant par suite des services rendus et des demandes d'admission des enfants de 3 à 16 ans, qui peuplent les salles.

La cure est basée presque absolument sur l'hygiène, l'aération, la suralimentation, la discipline thérapeutique. Les résultats curatifs obtenus ont dépassé l'attente des fondateurs et atteint, au delà, les guérisons, les améliorations durables constatées dans les sanatoria célèbres de Falkenstein, de Hohenhonnef en Allemagne; du Dr Turban, à Davos, dans les Pyrénées, de l'hôpital Ventnor, dans l'île de Wight.

En ce moment M. Léon Petit consacre son zèle à recueillir des fonds pour l'ameublement des 150 lits de Villiers. Chaque lit revient à 500 fr. et porte le nom de son fondateur. En ce qui concerne les souscripteurs de 10 fr. par exemple, pour les lits souscrits en détail, un tirage au sort désigne le titulaire de ces lits. En novembre, 32 lits étaient déjà souscrits.

Il peut arriver à nos confrères de trouver, chez leurs clients l'occasion de recommander cette œuvre. Ils prendront, ainsi, part à une organisation digne de tout leur appui. Il est préférable de faire souscrire à l'œuvre des *enfants tuberculeux* qu'à une *statue* même destinée à perpétuer la mémoire d'un véritable grand homme. Les statues ont le mérite de constater le bien accompli ; l'Œuvre de la tuberculose sauve chaque année de nombreux enfants ; la favoriser ce n'est plus constater le bien ; c'est mieux ; c'est *faire le bien* en donnant l'adresse de l'Œuvre et en ajoutant quelques explications, pour les personnes, heureusement nombreuses, qui s'intéressent au malheureux sort des pauvres enfants voués à la tuberculose.

Il meurent chez eux ; ils ont 45 chances de guérir à Ormesson et à Villiers.

Le médecin qui aura recueilli et adressé une souscription n'aura pas perdu sa journée.

REPORTAGE MÉDICAL

Parmi les nominations du 5 janvier, les membres du Concours Médical qui suivent ont été nommés :

Officiers de l'instruction publique. — MM. les docteurs *Butte* (de Paris), *Caillet* (de Luynes), *Gérard* (de Montcornet) et de *Welling* (de Rouen).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs *Aluison* (d'Eurville), *Bardon* (de Brive), *Bertrand* (de Cousenvoye), *Bonarme* (de Pons), *Canteteau* (des Sables-d'Olonne), *Ducros* (de la Réole), *De Font-Réaulx* (de St-Junien), *Guiderdoni* (d'Allauch), *Komorowski* (de Mondoubleau), *Labatut* (de Dax), *Petitjean* (de Decize), *Steibel* (de Tournan), *Vidal* (de Paulhaguet) et *Wurtz* (de Compiègne).

— M. *Léon Marie*, actuaire du Phenix, qui a établi les calculs relatifs à l'Association amicale et aux modifications apportées à la caisse des pensions de retraite, vient d'être nommé Chevalier de la Légion d'honneur. Nous lui adressons nos félicitations.

— *La subvention aux polycliniques de Paris.* — Sur la demande de deux conseillers municipaux, dont l'un déclarait avoir été blessé (!!) par la protestation du Syndicat de la Seine, les édiles parisiens ont maintenu leur subvention à la polyclinique de la rue Antoine-Dubois et à la polyclinique de l'Hôpital international.

— *Un vote à retenir.*—Dans sa séance du 24 décembre dernier le Conseil général de la Seine a voté un crédit de 2,500 fr. qui donne à toutes les communes du département le droit de recourir aux laboratoires de bactériologie de la ville de Paris.

Les Conseils généraux des départements voisins de la capitale ne pourraient ils pas suivre cet exemple? Avis à nos confrères qui en font partie.

— *La loi sur la protection de la santé publique.*— M le Dr Cornil a déposé la semaine dernière sur le bureau du Sénat son rapport sur ce projet de loi adopté par la Chambre des Députés au commencement de 1894.

— *La loi sur l'exercice de la pharmacie.* — On annonce que la Commission de la Chambre des députés actuellement chargée d'examiner le texte voté par le Sénat sur l'exercice de la pharmacie, déposera son rapport dans le cours de ce trimestre.

— Il va paraître un Répertoire *officiel* de la Médecine et de la Pharmacie françaises.

Cet ouvrage, présenté au public médical par M. le Professeur Brouardel, qui en a écrit la préface, a l'avantage de ne contenir que les noms des Docteurs ayant, conformément à la loi du 30 novembre 1892, déposé leur diplôme à la Préfecture de leur département.

Les souscriptions et tous les renseignements sont reçus jusqu'au 10 janvier 1896, à la Direction, 2, rue de Sontay.

— L'Association de l'Oise, le 10 novembre, a voté une somme de 25 fr. pour l'érection d'un monument à Briey, à la mémoire du Dr Maillot, qui, par l'introduction, dans la thérapeutique, du sulfate de quinine, a sauvé tant d'existences.

— Il n'existe plus, en France, que deux docteurs en chirurgie: 1° le Dr Lamiable (de Chateau-Porcien, Ardennes), reçu à Strasbourg, le 27 juin 1861.

2° le Dr Modet (de Penhars, Finistère), reçu à la Faculté de Paris, le 22 décembre 1886.

— *Service militaire des étudiants.* — Nous ne nous lasserons pas de répéter combien la façon dont on utilise dans notre armée les étudiants en médecine lors de leur passage sous les drapeaux est illogique, néfaste pour les études professionnelles, contraire aux intérêts mêmes de l'armée. En ce moment une garnison, que nous ne nommerons pas, présente un exemple typique de notre anarchie administrative. Des étudiants en médecine, munis de douze inscriptions, ayant obtenu le certificat nécessaire pour la nomination au grade de médecin auxiliaire, épluchent des légumes au quartier, tandis que les malades sont soignés à l'hôpital par de bons paysans travestis en infirmiers !

Pendant ce temps-là les étudiants étrangers fixés en France ont tout loisir pour mener à bien leurs études, et lorsque, de par leur âge, ils appartiennent à la réserve, ils se font naturaliser et sont d'emblée, nommés aides-majors !

On ne peut malheureusement guère compter pour changer cette situation sur le ministre actuel.

(*Bulletin médical.*)

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL»

N° 4.054. — M. le docteur Ponsard, de St-Remy-en-Bouzemont (Marne) présenté par M. le docteur Bompard, de Vitry-le-François.

N° 4.055. — M. le docteur Réville, de Rouen (Seine-Inférieure), membre du syndicat de Rouen.

Erratum

Dans le n° 52, de 1895, sous le n° 4.051, nous avons annoncé l'adhésion de M. le Dr Pailhas, d'Albi, c'est M. le Dr Pailhas, de St-Antonin (Tarn-et-Garonne) qu'il faut lire.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Withman, du Val d'Ajol (Vosges) et Gesprè, de St-Georges-sur-Loire (Maine-et-Loire), membres du Concours Médical.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année | N° 3 | 18 Janvier 1896

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Une attribution nouvelle des Bureaux des Syndicats.

Après les tribunaux de Mâcon et de Lyon, celui de Nîmes vient de rendre un jugement qui tend aussi à infirmer la valeur des tarifs d'honoraires adoptés par les Syndicats médicaux.

Nos lecteurs trouveront, plus loin, le récit de cette affaire, qui nous est adressé par M. le Dr *Gilly*.

Aussi étonnés qu'émus de cette série d'échecs infligés par la magistrature à nos associations professionnelles, pourtant bien légalement reconnues, nous avons demandé à nos Conseils judiciaires de nous en donner l'explication, et de nous indiquer le moyen de les prévenir.

Voici la réponse qui nous a été faite. Elle est d'importance capitale : c'est pourquoi nous nous empressons de la faire connaître.

« Ne vous en prenez pas tant, nous a-t-on dit, à une hostilité peu explicable des magistrats, qu'à l'incompétence ou à l'état d'esprit des experts par eux consultés. — Et si vous avez à vous plaindre de l'avis exprimé par ceux-ci, convenez que vous avez négligé le moyen de vous procurer, en pareils cas, les arbitres autorisés que vous étiez en droit de souhaiter.

« En voici la preuve :

« L'article 13 de la loi Chevandier vous accorde le bénéfice de la loi de 1884 sur les Syndicats professionnels, envers tout ce qui n'est pas l'Etat, le département ou la commune.

« Or, cette loi de 1884 dit, au paragraphe 6 de son article 6 : « Ils (les Syndicats) pourront être consultés sur tous les différends et toutes les questions se rattachant à leurs spécialités. »

« C'est par une application logique de ce paragraphe que, depuis plusieurs années, la magistrature parisienne a pris l'habitude de confier, de façon permanente, le mandat d'expert, aux Bureaux des Syndicats professionnels légalement constitués, quand il s'agit de contestations portées devant la juridiction *civile* ou la juridiction *commerciale*.

« En effet, que désire avant tout le tribunal dans les cas dont nous parlons ? Etre éclairé, par les spécialistes les plus compétents. Et ensuite ? Obtenir les renseignements cherchés, sans élever les frais du procès.

« *Lors donc que les Bureaux de Syndicats se sont présentés aux présidents de tribunaux, en faisant valoir leur compétence, et en offrant la gratuité de leurs services, ils ont obtenu le mandat désiré.* Et chaque fois qu'un tribunal *civil* ou *commercial* est saisi d'un litige, bien vite, il renvoie d'abord les parties, ou représentants, devant le Bureau expert, en réclamant de celui-ci le rapport qui doit éclairer sa religion.

« Cette sage façon de procéder n'est-elle pas une puissante garantie de l'équité de la sentence ? Ne réalise-t-elle pas à peu près le rêve, d'être jugé par ses pairs ?

« Eh bien, qui empêche donc chaque bureau de Syndicat d'aller trouver le président du tribunal civil et le président du tribunal de commerce de son ressort, et d'obtenir, par ces deux arguments péremptoires, *compétence* et *gratuité*, le mandat permanent que les magistrats parisiens accordent certainement à des gens offrant moins de garanties de haute moralité et d'indépendance ?

« Généraliser cette mesure, ce serait établir entre la magistrature et le corps médical des contacts fréquents, qui seront favorables au prestige de l'une et de l'autre ; ce serait préparer, entre sages, les heureuses conséquences sociales de la loi de 1884. Mais c'est aussi accroître l'autorité morale des Syndicats médicaux, c'est pousser à en augmenter le nombre, à en élargir les cadres, à en multiplier les actes bienfaisants.

« De même que, pour le plus grand bien des malheureux, les administrations départementales et le Parlement lui-même, ont consulté les Syndicats, avant l'application de la loi sur l'assistance médicale gratuite, de même, les tribunaux, avant tout soucieux d'équité, pré-

« féreront l'expertise éclairée, débattue à fond « et absolument gratuite d'un groupe choisi, à « l'avis d'un isolé, plus accessible à l'erreur ou « à l'idée préconçue, et dont le concours, moins « précieux en fait, grèvera la note toujours éle- « vée des frais à payer. »

....

Ce langage de nos Conseils judiciaires, que nous avons reproduit avec toute l'exactitude possible, a vivement frappé le *Conseil de Direction du Concours*.

Il est hors de doute que le Corps médical a jusqu'ici négligé, à son détriment, d'utiliser une ressource précieuse, fournie par la loi, et qui promet d'être féconde en résultats heureux.

Nous n'hésitons pas à faire appel à l'initiative de nos confrères Syndiqués, afin que cette lacune, si facile à combler, disparaisse au plus tôt.

Et c'est la meilleure réponse que nous puissions faire à la question posée en terminant par M. le Dr Gilly.

Le Conseil de Direction.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le nombre des tuberculeux dans les villes en France.

M. Léon *Petit*, dans son ouvrage sur le phthisique et son traitement hygiénique, donne les chiffres suivants du nombre des tuberculeux en France.

Paris tient naturellement la tête avec une proportion de 490 décès pour 100.000 habitants.

Villes.	Population	Mortalité tuberculeuse pour 100.000 habitants.
11	100.000 à 430.000	363
46	30.000 à 100.000	305
50	20.000 à 30.000	288
127	10.000 à 25.000	271
332	5.000 à 10.000	216
95	au-dessous de 5.000	181

Dans le département de la Seine, qui compte plus de 3 millions d'habitants, la moyenne annuelle de la mortalité tuberculeuse a été de 1889 à 1893, de 14.543.

Quelle hécatombe ! Et encore ne peut-on compter dans ce nombre que les tuberculeux diagnostiqués. Beaucoup le sont sans qu'on ait pu reconnaître la véritable nature de leur mal. Eh bien ! cependant, nous maintenons qu'en réalité, il y a encore au moins deux fois plus de tuberculeux que la statistique n'en compte, mais heureusement une bonne moitié guérit par un traitement et une hygiène bien compris. Cela est encore une consolation pour nous médecins, puisque nous savons que beaucoup peuvent guérir. A l'œuvre donc ! et pour mieux réussir, pas de diagnostics trompeurs ; la vérité absolue au malade et des prescriptions rigoureuses.

Hygiène de la toux et des crachats.

Dans le *Journal de médecine et de chirurgie*, M. le docteur *Sabourin*, que sa situation à la tête d'un sanatorium rend fort compétent en la matière, recommande les précautions suivantes pour l'hygiène des crachats et de la toux chez les tuberculeux :

Il y a, dit-il, chez les tuberculeux, deux sortes de toux, celle qui est utile et celle qui ne sert à rien. La toux utile est celle qui a pour résultat d'expulser au dehors le crachat en bloc et chassé par l'irritation des bronches.

La toux inutile est celle qui n'a pas pour résultat l'expulsion des crachats. Les malades, par habitude, toussent dès qu'ils éprouvent le moindre chatouillement vers le larynx ou la trachée. Cette toux, soi-disant destinée à faire cesser ce chatouillement provocateur, en même temps qu'elle constitue une fatigue énorme, a pour effet d'irriter, de congestionner les voies respiratoires supérieures et d'entretenir la quinte. Elle provoque de la congestion cérébrale et amène souvent le vomissement.

Dans les sanatoria, on n'entend presque jamais de quintes de toux. On obtient ce résultat par la discipline de la toux à laquelle on soumet les tuberculeux. En quelques jours, on leur apprend à supprimer la toux inutile. Le malade doit s'étudier à ne pas répondre au moindre chatouillement et retenir sa toux, dès qu'il sent que l'expectoration va se produire. Il attend que le crachat se détache seul et n'ait plus besoin que d'une ou deux secousses pour être expulsé. Les premiers jours le malade est obligé d'avoir son attention à tout instant éveillée pour cette petite manœuvre, mais bientôt cela devient purement instinctif et inconscient. Tout tuberculeux de bonne volonté, dit M. Sabourin, peut y arriver en très peu de temps.

Comme adjuvant pendant les premiers jours, le médecin peut prescrire, espacées régulièrement dans les 24 heures, quelques doses minimes d'opium qui est toujours le médicament par excellence de la toux.

L'hygiène de l'expectoration doit être envisagée d'abord pour le malade lui-même, ensuite pour les autres.

Il y a beaucoup de tuberculeux, les femmes surtout, qui par suite d'un amour-propre mal placé, crachant d'habitude, quand ils sont seuls, se dispensent de cracher quand ils sont en société. Cette habitude de *cracher dans l'estomac* est déplorable. Elle amène des troubles digestifs, souvent la diarrhée et peut favoriser la tuberculose de la muqueuse intestinale, si les bacilles de Koch contenus dans les crachats échappent à l'action destructive des fermentations digestives.

S'il y a un danger pour le malade à avaler ses crachats, il y a aussi des inconvénients d'une autre nature à laisser égarer ses crachats qui sont des agents actifs de la propagation de la maladie. Aussi faut-il engager le phthisique à recueillir ses crachats. A la maison, le moyen le plus simple est un crachoir en porcelaine contenant une couche d'eau pour empêcher la dessiccation des crachats. Mais au dehors les malades crachent par terre ou dans un mouchoir, origine de la contagion pour tout le monde, et plus spécialement pour la famille, les amis, le personnel et les blanchisseuses.

Dans les sanatoria pour tuberculeux, il est interdit de cracher par terre ou dans son mouchoir. Aussi tous les malades sont munis d'un crachoir de poche du docteur Dettweiler (de Falkenstein). C'est un flacon en verre bleu, de forme élégante, muni d'armatures métalliques lui permettant de se fermer hermétiquement, de se renverser sans inconvénients et de se nettoyer le plus facilement du monde. Le malade

doit en outre éviter de répandre des parcelles de crachats sur ses vêtements, sur ses mains. Aussi, quand il est à la maison, il devra se rincer la bouche, et quand il est dehors ne pas s'essuyer immédiatement la bouche avec le mouchoir, après avoir expectoré.

On comprend l'importance de toutes ces minutieuses précautions pour les tuberculeux qui ont la manie d'embrasser les enfants. Sont particulièrement dangereux les hommes qui portent les moustaches. Aussi ces derniers doivent-ils en faire le sacrifice ou les couper au moins au ras de la lèvre supérieure.

Les moyens pratiques de détruire les matières expectorées, et que l'on a toujours sous la main, sont le feu et la putréfaction dans les fosses fixes. Pour faciliter l'incinération des crachats, on les mêle avec de la sciure de bois que l'on brûle ensuite dans un foyer incandescent.

La lacto-phénine.

La liste des médicaments analgésiques et antipyrétiques s'est accrue d'une nouvelle substance, dont on a beaucoup parlé en ces derniers temps. Sans la vanter outre mesure, ni faire la moindre réclame, nous la signalons et indiquons en quelques mots les résultats et conclusions de *M. Cadéac* qui l'a étudiée et expérimentée sérieusement.

La lacto-phénine est une poudre blanche, cristalline, légèrement amère, presque insipide, qui fait partie du groupe phénol ; c'est un dérivé lactique de la paraphénétidine, c'est-à-dire une phénacétine dans laquelle le radical acétique (groupe acétyle) est remplacé par le radical lactique (groupe lactyle).

On pourrait l'appeler *lactyle-phénétidine*. Cette substitution de l'acide lactique à l'acide acétique augmente considérablement la solubilité de ce produit. Pour se dissoudre, une partie de la phénacétine exige 1.400 parties d'eau, tandis que la lacto-phénine n'en demande que 330. Malgré cette faible solubilité, ce médicament s'absorbe très facilement par la muqueuse stomacale, de sorte que ses effets se manifestent peu de temps après l'ingestion du médicament.

La lacto-phénine doit à l'acide lactique les propriétés particulières qui la différencient des autres antipyrétiques.

L'administration de ce médicament peut être continuée sans inconvénient pendant plusieurs jours. Les animaux le prennent sans répugnance et il est, du reste, très facile à incorporer à un morceau de viande.

Quand on l'administre en solution, il produit quelquefois une légère diarrhée ; mais cette action purgative est elle-même favorable dans un grand nombre de maladies fébriles.

L'action hypothermisante de la lacto-phénine n'est jamais accompagnée, à la dose de 0,60 cent. ou de 1 gramme en 24 heures, de collapsus ni de vomissements.

L'action antipyrétique de la lacto-phénine est plus puissante, plus certaine et plus prolongée que celle de l'antifébrine. La première de ces substances est beaucoup plus active que la seconde ; la dose de 2 gr. est chez les chiens du poids de 15 à 20 kilog. une dose extrême ; il est préférable de s'en tenir aux doses de 50 centigr. à 1 gr., 1 gr. 50 qui ont une action fortement hypothermisante et qui n'aggravent pas l'état général. Elles l'améliorent même.

La lacto-phénine a une action hypnotique et calmante. Cette action, déjà appréciable chez les chiens, auxquels on fait prendre 50 cent. de ce médicament, devient très prononcée quand on atteint la dose de 1 à 2 gr. On observe alors la diminution ou la suppression des mouvements réflexes et des mouvements volontaires ; l'animal s'endort et il est impossible de le faire lever.

Cette narcose a, selon Schmiedeberg, une grande analogie avec celle que provoque l'uréthane. On peut utiliser cette action calmante et hypnotique contre toutes les affections douloureuses. A tous ces points de vue, la lacto-phénine mérite une place importante dans la médication antipyrétique et calmante.

Tels sont, sans commentaires, les résultats obtenus par M. Cadéac (*Lyon médical*) et nous pouvons ajouter que notre expérience personnelle les a confirmés. Ce nouveau médicament mérite donc attention.

La fièvre ganglionnaire.

M. le Dr *Henri Gourichon*, vient de consacrer sa thèse à l'étude de la fièvre ganglionnaire. Sous le nom de fievre ganglionnaire (*Drüsenfieber*, *ganglionic fever*), on entend, aujourd'hui, en pathologie infantile, « un processus morbide caractérisé par un état fébrile de durée et d'intensité variables, coïncidant avec l'apparition « d'adénopathies multiples et passagères, occupant tout d'abord la région cervicale, mais « pouvant ensuite gagner les régions thoracique et abdominale ».

Cette définition, donnée par M. Moussous, ne paraît pas en rapport avec la majorité des cas. M. Gourichon la modifie ainsi :

La fièvre ganglionnaire est une maladie infectieuse et probablement contagieuse observée surtout dans la première enfance et caractérisée par une inflammation aiguë, passagère, des ganglions angulo-maxillaires, s'accompagnant de symptômes généraux et d'un état fébrile marqué, de durée variable. L'agent infectieux semble être le streptocoque, dont la porte d'entrée est probablement à la surface des amygdales.

Quant au terme lui-même de fièvre ganglionnaire, il paraît impropre, en ce sens que les deux phénomènes qui caractérisent cet état pathologique, fièvre et hypertrophie ganglionnaire, sont les deux effets d'une même cause : l'infection streptococcique.

Voici le cas clinique en face duquel on se rencontre le plus souvent : un enfant, de bonne santé habituelle, est pris, après quelques jours de malaise léger, ou brusquement, sans cause occasionnelle appréciable, d'une fièvre vive avec anorexie et constipation opiniâtre ; la température monte rapidement à 38°8, 39°, 40° même. L'examen des organes ne révèle rien d'anormal. Aucune plaie cutanée, ni muqueuse ; à peine une légère rougeur de la cavité bucco-pharyngienne. Deux jours après le début des accidents, on remarque que l'enfant a des difficultés pour mouvoir la tête et une légère douleur pour accomplir des mouvements de déglutition. En explorant alors la région cervicale, on trouve une

masse ganglionnaire, unilatérale le plus souvent, de volume variable, sans réaction inflammatoire apparente, dure, douloureuse, siégeant au niveau de la mâchoire inférieure.

Les symptômes généraux et la température persistent quelques jours encore, puis tout rentre dans l'ordre, sauf l'hypertrophie des ganglions qui demande plus de temps pour disparaître.

Cet ensemble de symptômes ne diffère pas sensiblement du tableau tracé par MM. Pfeiffer et Neumann, ou, du moins, de la forme aiguë de Pfeiffer, car il en décrit une autre forme moins rapide, dans laquelle les ganglions abdominaux sont tuméfiés et douloureux pendant plusieurs semaines. Le seul fait sur lequel il insiste dans ces deux formes, c'est l'augmentation de volume presque constante du foie et de la rate.

En somme, cette affection est une maladie de l'enfance, plus particulièrement de la première enfance, rarement de l'adulte, qui semble être sous la dépendance de manifestations angineuses légères ; dans quelques cas, celles-ci peuvent même faire complètement défaut.

L'élément infectieux paraît être le streptocoque dont le degré de virulence est très atténué et dont la porte d'entrée est vraisemblablement à la surface des amygdales, saines en apparence ou chroniquement hypertrophiées. Il est peut-être contagieux, ainsi que tendraient à le prouver plusieurs épidémies de famille.

L'évolution de cette affection est rapide. La résolution de l'adénopathie, spontanée et complète, est la règle au bout de trois semaines environ ; la suppuration, l'exception.

C'est une maladie à pronostic bénin ; parmi les complications qui sont peu fréquentes, la néphrite est seule à signaler.

Le diagnostic, difficile au début des accidents, devra surtout porter sur les adénopathies cervicales d'origine tuberculeuse.

Bien que, d'après Hœrschelmann, la médication ait peu d'influence, il importe néanmoins de l'établir dès le début des symptômes. Elle sera, dans la majorité des cas, des plus simples. L'état fébrile, qui est la première indication, nécessite l'usage d'antithermiques, soit d'un sel de quinine, soit de l'antipyrine, que les enfants supportent d'une façon si remarquable. Comme chez les tout jeunes enfants, il est impossible de faire absorber ces médicaments par la voie buccale, il faut les administrer par la voie rectale, sous forme de suppositoire. On fera prendre, matin et soir, un suppositoire au beurre de cacao (2 à 3 gr.) contenant 10, 15, 20, 30 centig. de chlorhydrate ou de bromhydrate de quinine suivant l'âge, jusqu'à la disparition complète de la fièvre.

S'il y a insomnie et agitation, il sera bon d'ajouter au suppositoire 5 centigrammes de chloral.

La constipation sera combattue par des purgatifs, huile de ricin (une cuillerée à café), calomel, seul ou associé à la scammonée ou au jalap, à raison de cinq centigrammes par année. Ceux-ci devront être répétés, à quelques jours d'intervalle, si l'obstruction intestinale persiste.

Localement, on agira sur l'adénopathie par des badigeonnages de teinture d'iode, tous les deux jours, suivis d'un enveloppement d'ouate hydrophile.

On pourra également conseiller des cataplasmes faits d'une façon antiseptique (eau boriquée, sublimé) ou des onctions matin et soir, avec :

Baume tranquille		20 gr.
Chloroforme	ââ	2 gr.
Laudanum		

ou :

Vaseline		20 gr.
Iodure de potassium	ââ	2 gr.
Iodure de plomb		

ou l'onguent gris (Neumann).

Les applications de glace ont donné quelquefois de bons résultats.

L'enfant sera gardé à la chambre, soumis à la diète lactée. Le nourrisson prendra le sein, ou, s'il ne peut ouvrir la bouche, on le nourrira à la cuiller.

Si l'enfant est plus âgé, on aura soin de faire de grands lavages de la cavité buccale avec une solution antiseptique chaude (eau phéniquée 1/200 ; acide salicylique, 0.50 pour 250, etc.)

En cas de diarrhée, on aura recours au bismuth ou au tannigène.

Le ganglion est-il en voie de s'abcéder ? on fera appliquer des compresses antiseptiques recouvertes de taffetas gommé et on interviendra chirurgicalement, au besoin.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De la fissure à l'anus et de son traitement.

C'est à Boyer que revient l'honneur d'avoir décrit le premier la fissure anale. Il faut arriver en effet à cet auteur et à Mérat, c'est-à-dire au commencement de ce siècle, pour avoir une symptomatologie complète et une étude rationnelle du traitement de cette affection.

Il existe différentes variétés de fissures à l'anus, pour les auteurs classiques.

Richet en distinguait quatre principales :

1° La vraie fissure, ainsi appelée par lui parce qu'elle reste toujours à l'état de fente, dans un pli rayonné de l'anus, et qu'elle n'a aucune tendance à se transformer en un ulcère ;

2° La fissure hémorrhoïdaire, le plus souvent sous forme d'une petite plaie ulcérée ;

3° La fissure syphilitique ou rhagade ;

4° La fissure tuberculeuse.

Pour Chassaignac, il n'y avait que trois groupes :

1° Les fissures simples, simple fente de la muqueuse n'ayant aucun caractère particulier à part son siège ;

2° Les fissures syphilitiques ;

3° Les fissures sphinctéralgiques, qui empruntaient à la contracture névralgique du sphincter un caractère particulier.

C'est cette dernière seule qui constitue de nos jours ce que l'on désigne sous le nom de fissure de l'anus.

Deux éléments entrent donc dans la constitution de cette affection : d'une part, l'*existence d'une ulcération fissuraire* ; d'autre part, la *contracture douloureuse du sphincter externe de l'anus*. Toutes les autres ulcérations anales soient-elles fissuraires, ne constituent pas la fissure à l'anus, affection à part, qui a son tableau clinique

particulier, bien caractéristique, et qui nécessite un traitement tout spécial.

C'est une affection fréquente. « Les cas de fis- « sure à l'anus sont si fréquents dans la prati- « que, dit Richet, qu'on se demande comment « ils ont pu échapper à l'observation jusqu'au « commencement de ce siècle. » Allingham prétend que la fissure anale représente plus d'un dixième du chiffre considérable d'observations qu'il a réunies.

Rare chez l'enfant et l'adolescent, peu commune chez le vieillard, la fissure anale se rencontre surtout chez les adultes, de vingt-cinq à quarante ans.

Presque tous les auteurs déclarent avoir constaté cette affection plus fréquemment chez la femme que chez l'homme.

Seul Demarquay soutient l'opinion contraire. D'après Chassaignac, qui résume les raisons de la prédisposition plus grande de la femme, il faut incriminer chez elle la constipation et la susceptibilité nerveuse qui est plus vive. Ajoutons que l'accouchement peut être la cause de la fissure anale.

On a invoqué comme cause prédisposante l'étroitesse congénitale de l'anus. C'est là, à coup sûr, une exception.

Quelles sont les causes déterminantes ? Elles sont multiples. D'une façon générale, tout ce qui détermine à la région anale des excoriations et des lésions superficielles quelconques peut donner naissance à une fissure. On note donc dans les observations les affections les plus diverses. Au premier rang se placent *les hémorrhoïdes*, qui non seulement rétrécissent la filière anale, mais qui s'ulcèrent facilement. Dans *la constipation*, souvent associée aux hémorrhoïdes, le bol fécal dur, volumineux, contenant quelquefois des corps étrangers, peut à son passage déchirer la muqueuse.

Les affections cutanées et muqueuses de la région anale peuvent être le point de départ de la fissure ; telles sont : l'eczéma, l'érythème, l'herpès. Le prurigo qui poussera le malade à se gratter avec l'ongle et à produire ainsi une érosion. Dans le même ordre d'idées on peut incriminer les lochies, les flueurs blanches, et tous les écoulements vaginaux qui chez la femme vont se mettre en contact avec l'anus.

La diarrhée est quelquefois invoquée, mais les causes peuvent venir de l'extérieur : le traumatisme sous différentes formes peut être l'origine d'une fissure anale : l'introduction d'une canule, ou d'un corps étranger quelconque, les habitudes de pédérastie passive ; enfin l'accouchement.

Au moment, en effet, où la tête appuie fortement sur le plancher pelvien, l'anus est entr'ouvert et tiraillé, la muqueuse, fortement distendue, peut se fissurer. Les jours suivants les lochies entretiendront cette fissure dans un état inflammatoire et quelques jours après les symptômes apparaîtront. C'est certainement là une cause fréquente, quoique peu invoquée, de la fissure anale.

N'insistons pas et résumons-nous en disant que « toute ulcération, quelle qu'en soit la cau- « se, peut être l'origine de la fissure anale ».

Mais, quelle est la raison essentielle en vertu de laquelle un incident local de si peu d'importance s'accompagne de symptômes graves, de phénomènes douloureux très accentués ? La difficulté de la réponse est prouvée par la multiplicité des explications fournies. Pour Dupuytren, Boyer, Mérat, Blandin, la perte de substance était secondaire, l'affection était constituée surtout et même primitivement par la contracture du sphincter. Chassaignac, lui, n'admet pas la contracture sans fissure ; il est très catégorique, car il dit : « Jusqu'à preuve du contraire, « nous croyons pouvoir déclarer que tous les « spasmes névralgiques du sphincter anal sont « invariablement accompagnés de fissure de la « muqueuse et que dans les cas où l'absence de « la fissure a été notée, cela tient à ce que l'ob- « servateur ne savait pas la trouver. »

C'est donc la fissure qui est le point de départ de tous les autres phénomènes ; mais pourquoi s'accompagne-t-elle de contracture du sphincter et de névralgie, tandis que d'autres ulcérations anales restent à l'état d'accident purement local ? « A cette question, dit Richet, je ne puis répon- « dre que par des analogies. Pourquoi les fissu- « res simples du mamelon, font-elles souffrir les « femmes les plus robustes au point qu'elles « s'évanouissent en donnant le sein, alors que « les ulcérations du mamelon suites d'abcès, ne « donnent lieu qu'à des douleurs insignifiantes ? »

L'influence plus ou moins active du système nerveux ne constitue pas une explication suffisante.

Tout ce que nous savons, en résumé, c'est que la véritable fissure anale siège *toujours dans la région du sphincter*, là où l'on trouve une très riche distribution nerveuse. L'irritation des filets nerveux entraîne la contracture intermittente du sphincter et du releveur de l'anus.

La symptomatologie de la fissure à l'anus repose sur trois points principaux : *l'ulcération, la contracture, la douleur*.

L'affection débute généralement d'une manière insensible. Elle s'annonce le plus souvent par une sensation de chaleur cuisante au moment de la défécation. Cette douleur est passagère. Un régime approprié, des lotions froides, font tout disparaître quelquefois, mais le plus souvent la maladie progresse : la douleur devient plus aiguë, elle précède bientôt les selles, dure plus longtemps après le passage du bol fécal. La constipation apparaît.

Le malade ne cesse pour ainsi dire plus de souffrir ; il refuse tout aliment, cherche en vain une position qui le calme, et lui permette le sommeil. On conçoit le retentissement d'une semblable situation sur l'état général du malheureux malade qui peut être poussé par l'hypocondrie jusqu'au suicide.

Après ce tableau succinct des symptômes de cette maladie, nous devons étudier plus longuement quelques-uns d'entre eux. Trois éléments distincts dominent la scène, nous l'avons dit : d'une part la *fissure*, d'autre part la *contracture du sphincter* et enfin la *douleur*.

La *fissure* est une ulcération allongée, située sur la portion de membrane muqueuse qui se joint à la peau. La profondeur est variable : tantôt elle est si superficielle qu'il semble que l'épithélium seul est enlevé ; tantôt les bords de l'ulcération se relèvent, s'indurent, surtout quand la maladie a eu une certaine durée. La longueur de la fissure est variable, de quelques millimètres à 3 ou 4 centimètres suivant Richet. Elle peut occuper tous les points de la circon-

férence de l'anus : pour Demarquay, elle était plus fréquente sur les parties latérales. Les classiques, avec Richet, la localisent surtout en arrière du côté du coccyx. Elle n'est pas toujours unique.

Ordinairement, elle est sèche, ou ne fournit qu'un très léger suintement. Pour la trouver, faites coucher le malade sur le côté, la jambe correspondante allongée, l'autre repliée. Il est utile que le malade ait pris et rejeté au préalable une injection rectale d'eau simple bouillie ou antiseptique ; il est indispensable d'être très bien éclairé, la recherche étant pénible, difficile, souvent infructueuse à cause de la petitesse de l'ulcération, de la contracture réflexe du sphincter et de l'appréhension du malade. Les pouces de l'observateur écartent progressivement, lentement, mais avec une certaine énergie, les bords de l'orifice anal ; on dit au malade de pousser légèrement comme pour aller à la selle. Quelquefois, une rougeur diffuse localisée en un point du pourtour de l'orifice anal ainsi déplissé, attire l'attention. Un doigt peut aussi palper les différents points de l'anus : cette pression indolente à l'état normal, est douloureuse là où existe la fissure. On déplisse donc avec soin et sans brusquerie les plis radiés à ce niveau, et il est permis alors de voir la perte de substance avec les caractères physiques que nous lui avons indiqués. Quelquefois on ne voit rien, malgré plusieurs examens, et ceci surtout quand la fissure est très douloureuse, intolérante pour employer un terme consacré.

La *contracture* du sphincter n'existe pas dès le commencement de la maladie ; elle est précédée d'une contraction intermittente qui ne devient presque permanente, qu'à la suite peut-être de changements survenus dans la texture du sphincter. Au début, elle n'est qu'à l'état d'*épreinte* comme on dit vulgairement ; bientôt la contraction devient spasmodique et invincible ; enfin, de temporaire elle devient permanente et alors survient la *contracture*. Les contractions du sphincter sont éveillées et provoquées soit par la malpropreté, soit par le toucher rectal, soit surtout par la défécation. Ce n'est pas pendant la défécation qu'elles sont le plus marquées : interrogez tous les malades, ils vous diront invariablement que la contraction de l'anus ne survient qu'après le passage du bol fécal. Ce spasme, on peut le constater par le toucher rectal, quelquefois à la vue, car, pendant la crise, l'infundibulum devient plan ou saillant.

La *douleur* est très variable, si bien que Gosselin avait, en s'appuyant sur ce signe, admis deux variétés : la *fissure tolérante* et la *fissure intolérante*. Dans la variété tolérante, le patient éprouve après la défécation une sensation de chaleur, de cuisson, qui ne dure pas en général plus de quelques minutes, rarement une heure. La fissure est dite intolérante quand cette douleur est atroce, syncopale, rendant absolument impossible un examen direct. Les malades ont la sensation d'une déchirure, d'un broiement, d'une brûlure avec un fer rouge. Localisée à l'anus, la douleur s'irradie soit à la vessie, entraînant souvent chez la femme des émissions involontaires d'urine, soit vers l'utérus (coliques utérines), soit vers l'urèthre postérieur chez l'homme, entraînant des rétrécissements spasmodiques et de la rétention d'urine. Des phénomènes réflexes, tels que vomissements, lypothymies, peuvent accompagner les crises douloureuses.

Nous rappelons que cette douleur naît, ou n'arrive à son maximum d'intensité, qu'*après le passage des matières*.

C'est là, la caractéristique de la vraie fissure à l'anus, de la fissure sphinctéralgique des auteurs.

Quelquefois l'accès ne dure que quelques minutes ; plus souvent il persiste pendant des heures. Les moindres secousses, l'effort, la toux, l'éternuement, redoublent l'intensité de la douleur. Les malades ne savent plus quelle position prendre : ils cherchent par les poses les plus bizarres à atténuer leur supplice. Ils refusent toute nourriture pour éviter d'aller à la selle ; l'appétit disparaît, le sommeil devient impossible, l'hypocondrie apparaît, amenant des idées de suicide.

On conçoit que cet état ne puisse durer longtemps sans retentir fâcheusement sur l'économie. Les troubles de nutrition déterminent un état cachectique grave, qui peut emporter le malade.

Mais rarement, la maladie en arrivera à cette période, car le sujet réclamera lui-même une intervention, quelle que soit son appréhension de début. La guérison spontanée est en effet extrêmement rare.

Le pronostic est donc sérieux, puisque d'une part la fissure anale n'a pas de tendance spontanée à la guérison, et que d'autre part, elle a, surtout chez les nerveux, une influence très grande sur l'état général.

Le diagnostic de la fissure anale est en général facile, le symptôme douleur attirant nécessairement l'attention vers la région malade.

Pour voir la fissure, on s'aidera des différents moyens que nous avons indiqués. Si un examen direct, fait avec douceur, après lavage rectal, est incapable de renseigner sur la présence de la fissure, on pourra s'aider du petit ballon que Chassaignac introduisait dans le rectum, vide, qu'il injectait ensuite, pour qu'en le retirant, la muqueuse entraînée au-dehors fît saillie et permît un examen plus facile. Le plus souvent l'introduction du ballon ou de n'importe quel instrument sera difficile sinon impossible, la fistule étant intolérante. Il faudra alors avoir recours au chloroforme.

Quant au diagnostic différentiel des diverses fissures anales entre elles, il ne présente ordinairement pas de difficultés. Chez les *hémorrhoïdaires*, il arrive fréquemment que les varices s'ulcèrent à leur surface ; cette ulcération donne lieu à une constriction moins active, moins énergique et surtout moins persistante. Le toucher rectal se fait assez facilement, le sphincter n'opposant pas une résistance comparable à celle de la vraie fissure anale ; de plus, elle ne dégénère pas en contracture (Richet). D'ailleurs la douleur n'a pas l'intensité qui fait une des caractéristiques de la fissure à l'anus ; elle apparaît pendant la défécation et va ensuite en s'atténuant. Beaucoup d'hémorrhoïdes ulcérées ne donnent même lieu à aucun phénomène douloureux. Les malades souffrent surtout à l'occasion d'une diarrhée bilieuse dont l'acreté agit douloureusement sur l'ulcération ; ils disent qu'ils souffrent, quand ils sont « dérangés ». Dans

la fissure anale, au contraire, les douleurs sont moindres ou nulles quand les selles sont liquides.

Les *rhagades* sont de petites ulcérations fissuraires, multiples en général, logées dans les plis radiés de l'anus. Plus profondes que la fissure, elles donnent un écoulement de pus et de sang, et ont une couleur cuivrée pathognomonique.

Les douleurs sont presque nulles, et les contractions du sphincter insignifiantes. La connaissance des antécédents, l'existence d'autres manifestations confirmeront un diagnostic facile au simple examen.

Les *plaques muqueuses* et les *chancres* atteignent dans un bref délai une étendue trop considérable pour faire hésiter le diagnostic. Il en est de même des *ulcérations tuberculeuses*.

La *névralgie anale ou proctalgie*, est intermittente, irrégulière comme toutes les névralgies ; elle ne s'accompagne pas d'ulcération, ni de contracture. La défécation et le toucher rectal n'en augmentent pas l'intensité. D'ailleurs existe-t-il bien une névralgie anale primitive ? N'est-ce pas plutôt un accident secondaire à une autre affection siégeant surtout du côté des voies urinaires. Dans les cystites, dans les affections de la prostate, il est fréquent de constater du ténesme, des épreintes. Il faudra donc, chez un malade se plaignant de douleur, de contractions à l'anus, ne pas oublier de faire l'examen de l'urèthre, de la vessie et de la prostate. Chez la femme on verra s'il n'y a pas de déviations utérines, ni de leucorrhée vaginale.

L'interrogatoire suffira pour apprendre si la fissure est *tolérante* ou *intolérante*.

Les moyens proposés pour traiter la fissure à l'anus sont multiples. « Les méprises diagnos« tiques sont fréquentes, dit Chassaignac, et « c'est à cette circonstance sans doute que sont « dues des recettes innombrables données com« me remèdes infaillibles. » Il faut, en effet, distinguer avec soin la fissure vraie, sphinctéralgique, de cette multitude de gerçures qui guérissent par toute espèce de moyens.

Les divers modes de traitement de la fissure anale peuvent se diviser en deux groupes : les *moyens médicaux* et les *moyens chirurgicaux*.

Boyer recommandait d'avoir toujours recours au traitement médical avant de se décider à une intervention. Les *laxatifs* ont été préconisés par Gerdy, Cazenave, Trousseau, qui y associait les *astringents*, tels que lavements à l'extrait de ratanhia, de sulfate de cuivre, etc. Les *narcotiques* sous forme de mèches imbibées d'alcool et de chloroforme, ou de suppositoires à la belladone. Ajoutons les soins de propreté et d'antisepsie, les bains de siège, les lavages du rectum, les fumigations chaudes, etc. Tous ces moyens, malgré leur utilité, sont insuffisants. A notre avis on devra ne les utiliser que pendant un temps très court, période morale pendant laquelle on décidera la malade à se faire opérer pour mettre un terme à une situation qui ne peut que s'aggraver sans qu'on puisse espérer jamais une guérison spontanée, malgré des périodes de calme relatif.

Les moyens chirurgicaux sont au nombre de quatre : l'*incision*, l'*excision*, la *cautérisation* et la *dilatation*.

L'*incision* fut proposée par Boyer en 1825. Sur le doigt introduit dans le rectum, glisser un bistouri boutonné, et sectionner au niveau de la fissure, « les membranes intestinales, les sphinc« ters, le tissu cellulaire et les téguments ; si la « fissure est en avant ou en arrière, on ne la « comprend pas dans l'incision ».

Plusieurs raisons font condamner ce procédé : un accident immédiat, l'hémorrhagie ; des complications éloignées : l'incontinence des matières fécales et l'infection. Partant de cette idée on a proposé de ne sectionner que la muqueuse : c'est l'*incision partielle*. Ce procédé mérite les mêmes critiques.

La section sous-muqueuse du sphincter expose moins peut-être aux dangers de l'infection, mais elle n'agit qu'indirectement sur la fissure ; de sorte que les fibres musculaires une fois cicatrisées, la fissure existant encore, les accidents peuvent reparaître.

L'*excision* consiste à enlever par abrasion la fissure. Ce procédé n'a peut-être donné des résultats que parce qu'il était précédé de la dilatation.

La *cautérisation* au fer rouge, au thermocautère ou à l'aide d'un caustique comme le nitrate d'argent est un procédé trop lent et trop souvent inefficace.

La majorité des chirurgiens, aujourd'hui, rejette les procédés que nous venons d'énumérer, pour adopter la *dilatation de l'anus*, que Récamier préconisa le premier sous le nom de « massage cadencé du sphincter de l'anus ».

La dilatation lente, graduelle, par des mèches ou des bougies, est à rejeter. *C'est la dilatation brusque, subite, extemporanée* qui est la méthode de choix. Nous ne décrirons pas en détail le procédé de Récamier, ni les modifications apportées à ce procédé par Nélaton, Maisonneuve, Richet, Gosselin, et nous résumerons le manuel opératoire tel qu'il est adopté aujourd'hui.

L'avant-veille on préparera le malade par une purgation et des lavages rectaux avec une solution antiseptique faible tel que l'eau boriquée saturée. La veille, on le constipera par une pilule de 0,05 cent. d'extrait thébaïque, tout en continuant l'antisepsie locale. Le malade est chloroformé, et *chloroformé à fond*, le danger, d'ailleurs exagéré d'une syncope ou de la mort subite, étant alors moins à redouter. On le place, dans la position dite à l'anglaise, sur le côté, comme nous l'avons dit plus haut. Le périnée est lavé, brossé, rasé.

Une injection rectale, prolongée, avec de l'eau bouillie, ou antiseptique, est donnée. Puis on procède à la dilatation de l'anus soit avec les deux pouces, qui, introduits face à face, s'éloignent l'un de l'autre en se rapprochant de l'ischion correspondant, soit de préférence avec le spéculum dilatateur semblable à celui que Trélat a fait construire. On ouvre celui-ci *jusqu'à ce que les branches touchent les ischions*. On introduit aussitôt après une mèche de gaze iodoformée enduite de vaseline iodoformée. La constipation est maintenue pendant quelques jours.

En général, les suites de l'opération sont très simples. Le but à atteindre était, en forçant, en déchirant les fibres musculaires, de mettre le sphincter au repos ; pour que la fissure, antiseptiquement traitée, puisse guérir et se cicatriser avant que le muscle n'ait repris sa tonicité. La dilatation, pratiquée comme nous l'avons

dit plus haut, remplit ce but, tout en mettant à l'abri de l'hémorrhagie, de l'infection secondaire, et d'une récidive.

A. PASCAL,
Interne des Hôpitaux de Paris.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le tarif du « Syndicat médical de Nîmes » devant le Tribunal civil.

Je dois entretenir mes confrères, membres du Concours médical, du jugement prononcé par le Tribunal civil de Nîmes, à l'audience du vendredi 13 décembre 1895.

Ce jugement intéresse à un très haut degré le Syndicat médical de Nîmes, parce qu'il a mis en discussion publique :

1° Le tarif minimum voté dans la séance du 3 juillet 1894.

2° L'existence même du Syndicat et sa reconnaissance légale.

Voici le fait en peu de mots :

J'ai soigné pendant 6 mois (juillet 1894 à janvier 1895) une jeune phthisique par des injections d'huile de gaïacol iodoformé. Sous l'influence de ce traitement, les fâcheux symptômes (sueurs, diarrhée,...) s'amendèrent rapidement et je pouvais même espérer un arrêt dans l'évolution du mal, lorsqu'un événement aussi brusque qu'inattendu et complètement indépendant des lésions pulmonaires ou du traitement suivi, amena la mort dans les quarante-huit heures.

Ma cliente, fille mineure, laissait à son frère et à son père un héritage de *quarante mille francs*, dont la moitié en valeurs mobilières. Les droits de succession peuvent en faire la preuve.

Dans la rédaction de la note à payer, j'aurais pu ne pas appliquer le tarif *minimum* imprimé par les soins du Syndicat de Nîmes, distribué à tous ses membres et affiché en double, à la disposition des clients, dans mon vestibule et dans mon cabinet. J'avais le droit de relever ce tarif minimum et je dirai même: j'en avais le devoir.

En effet, en même temps qu'à ma cliente, j'appliquais le même traitement à une dame phthisique, mère de quatre enfants et ne possédant que de très modestes ressources déjà bien entamées. Lié par mon tarif et ne *pouvant pas baisser mon prix fixé au minimum*, dans un mouvement de charité que mes confrères ne sauraient blâmer, je fis aux quatre petits orphelins futurs le don *gratuit* de mon intervention et ce don n'était pas illusoire, puisqu'il atteignait 200 francs.

Tenant compte, d'une part, de la fortune personnelle de Mlle D..., ma cliente, et d'autre part, du sacrifice que je venais de consentir à de jeunes orphelins, j'ai cru juste et raisonnable d'appliquer le tarif de *cinq francs* reconnu par le Syndicat médical comme prix *minimum* de chaque injection d'huile de gaïacol et de rédiger la note de Mlle D..., conformément à ce tarif.

Ma note s'est ainsi élevée au chiffre de 938 fr. que les héritiers ont refusé de payer. D'où, procès.

Une expertise m'a été demandée. Je l'ai acceptée sous condition que les experts seraient choisis parmi les membres du Syndicat médical de Nîmes. Refus de mes adversaires, qui ont demandé l'avis du docteur Dumas, de Lédignan. Le docteur Dumas, qui n'est pas membre de notre Syndicat, a répondu par le ministère de Me Reinaud, avocat de mes adversaires, que la piqûre d'huile de gaïacol iodoformé *ne valait pas plus de deux francs* (1).

Cet avis a prévalu devant le tribunal et grâce à cette intervention de mon très honorable confrère et voisin, j'ai subi une diminution de 360 fr. Soit de 40 % environ. 1/5 des frais a été mis à ma charge et les 4/5 à la charge de mes adversaires.

De ces débats peuvent se déduire les conséquences suivantes :

1° Le Tribunal n'a tenu aucun compte du tarif minimum qui lui a été présenté et que le président a eu sous les yeux pendant les débats.

2° Le Tribunal n'a reconnu que *très officieusement* et par pure tolérance la validité légale de notre Syndicat.

3° Le Tribunal, ne faisant aucune distinction entre les situations aisée, moyenne ou nécessiteuse de nos clients, nous invite à agir de même et à mettre fin à nos actes de charité dans l'assistance médicale.

4° Le Tribunal, usant de son pouvoir discrétionnaire, nous déclare publiquement *taillables et corvéables* à merci.

A mes confrères de voir s'ils acceptent, sans protester, de pareilles conclusions et de prendre telles mesures qu'ils jugeront nécessaires pour défendre leurs intérêts.

Dr E. GILLY.

(1) Les débats ont été publics et 200 personnes ont entendu, comme moi, à ma grande stupéfaction, le nom et l'avis du Dr Dumas intervenir dans cette affaire. Dr E. G.

Convention conclue

LE 12 JANVIER 1881

entre la France et la Belgique, pour régler l'admission réciproque, à l'exercice de leur art, des médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes et vétérinaires établis dans les communes frontières des deux Etats.

Art. 1er. — Les médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes et vétérinaires français établis dans les communes françaises limitrophes de la Belgique, et qui, dans ces communes, sont autorisés à exercer leur art, seront admis à l'exercer, de la même manière et dans la même mesure, dans les communes limitrophes belges.

Réciproquement, les médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes et vétérinaires belges établis dans les communes belges limitrophes de la France, et qui, dans ces communes, sont autorisés à exercer leur art, seront admis à l'exercer, de la même manière et dans la même mesure, dans les communes limitrophes françaises.

Art. 2. — Les médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes et vétérinaires exerçant, en vertu de l'article 1er, l'art de guérir ou quelqu'une de ses branches au delà des frontières de leur pays, devront se conformer à la législation qui est ou qui sera en vigueur, relativement à l'exercice de l'art de guérir ou d'une de ses branches, dans le pays où ils feront usage de l'autorisation accordée par l'article précédent.

(1) *Annales d'hygiène publique.*

Ils seront tenus également de se conformer aux mesures administratives prescrites dans ce pays.

Les personnes ci-dessus désignées, qui ne se conformeraient pas aux dispositions légales ou administratives dont il vient d'être parlé, sont privées du bénéfice de l'article 1er.

Art. 3. — Les médecins, les chirurgiens et les accoucheurs dont les noms figurent sur la liste annuelle, dressée conformément à l'article 4 de la présence convention, et qui, au lieu de leurs domiciles, sont autorisés à délivrer des médicaments, peuvent en délivrer également dans les communes limitrophes de l'autre pays, s'il n'y réside aucun pharmacien.

Art. 4. — Au mois de janvier de chaque année, le gouvernement français fera tenir, au gouvernement belge, un état nominatif des praticiens et sages-femmes établis dans les communes limitrophes de la Belgique, avec l'indication des branches de l'art de guérir qu'ils sont autorisés à exercer.

Un état semblable sera remis, à la même époque, par le gouvernement belge au gouvernement français.

Art. 5. — La présente convention sera exécutoire, à dater du vingtième jour après sa promulgation dans les formes prescrites par les lois des deux pays, et continuera à sortir ses effets jusqu'à l'expiration de six mois, à partir du jour où elle aura été dénoncée par l'une des deux parties contractantes.

Elle sera ratifiée et les ratifications en seront échangées aussitôt que possible.

En foi de quoi, les plénipotentiaires respectifs ont signé la présente convention et y ont apposé leurs cachets.

Fait à Paris, le 27 janvier 1881.

Jules GRÉVY.

Nous avons reproduit cette convention parce qu'elle continue à préoccuper nos confrères de la région : nous lisons dans le *Nord médical :*

Les médecins de la frontière.

Depuis une dizaine d'années, à la suite d'une convention intervenue entre la France et la Belgique, les médecins de l'un et de l'autre pays qui habitent au voisinage de la ligne frontière, sont autorisés à exercer leur art de l'autre côté de cette ligne, sur une certaine zone de territoire. Au premier abord, il semble que ce soit la sagesse même qui ait dicté cet arrangement, car rien ne paraît plus naturel que de permettre à un malade français de demander les soins d'un médecin belge qui demeure parfois à cent mètres de chez lui, tandis que le médecin français peut habiter à plusieurs kilomètres. On sait combien la frontière franco-belge traverse de petites villes qu'elle coupe en deux, de campagnes très peuplées, de maisons même (ces fameuses maisons, *dites à cheval*, si recherchées des fraudeurs) et combien elle est une fiction au point de vue de certains intérêts. Rien n'est donc plus juste, en théorie, que de ne pas établir de douane médicale et de permettre aux médecins de la frontière d'exercer dans les deux pays, pour le plus grand bien des habitants de la région.

Actuellement, il n'y a pas de points de territoire, tant en Belgique qu'en France, où la profession médicale soit plus largement représentée que sur une étroite bande de pays située en Belgique et longeant la frontière de Hondschoote à Hirson et à Longwy. Il y a là des guérisseurs à la douzaine : les uns ont des diplômes, les autres n'en ont pas ; les uns ont passé des examens de médecine, les autres se sont contentés d'étudier la bêtise humaine, et ce ne sont pas eux qui ont le moins de clients. Il y a des religieux et des laïques, des homéopathes et des allopathes, des médecins aux urines et des médecins aux herbes.

Chose bizarre, tous ces médecins, d'un genre parfois spécial, habitent sur le territoire belge mais opèrent en France. Ils ne soignent guère leurs nationaux et réservent leur science pour nos compatriotes. Est-ce parce qu'ils ne peuvent être prophètes chez eux ; est-ce parce que leur caractère d'étrangers éblouit un peuple qui préfère les lainages anglais aux articles de Roubaix ; est-ce qu'ils ont plus de valeur médicale que nos médecins français ? C'est ce que nous chercherons à éclaircir prochainement.

N.-B. — La rédaction du *Nord médical* ayant été sollicitée par un certain nombre de confrères de prendre la défense de leurs intérêts de plus en plus menacés par les médecins belges, s'adresse à tous les intéressés pour avoir des documents lui permettant de constituer un dossier à présenter à l'administration française. En attendant la formation d'un *Syndicat des médecins de la zone frontière*, ils sont priés d'adresser leurs lettres au bureau de la rédaction.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Les causes de la mortalité pendant l'expédition de Madagascar

Par le Dr JEAN LÉMURE (1).

Quand on va à la conquête d'un pays d'outremer, il est de règle qu'on soit renseigné sur toutes les difficultés à vaincre. En ne considérant que les dangers climatériques et telluriques, on ne peut se contenter d'une formule générale ; les pays chauds, même à latitude égale, sont soumis à des influences diverses, et les moyens de préservation sont différents.

Saint-Domingue, le Mexique éveillent l'idée de fièvre jaune, et l'Européen qui va s'y exposer serait coupable s'il ne songeait tout d'abord à se prémunir contre son atteinte.

La Cochinchine, le Tonkin recèlent les germes de la dysenterie, de la diarrhée et du choléra ; toutes les mesures doivent être prises au moment d'une expédition pour éviter les maladies intestinales.

Le Sénégal, le Dahomey et Madagascar sont des foyers intenses de paludisme, et c'est principalement contre la malaria qu'il faut se défendre.

La judicieuse application d'une donnée scientifique sur la répartition des maladies dans le monde, est capable à elle seule de conjurer de grands désastres.

L'expédition française de Saint-Domingue, au commencement de ce siècle, pouvait avoir un dénouement différent de celui que constate l'histoire, si les conditions de genèse et de propagation de la fièvre jaune avaient été mieux connues. Notre expédition du Mexique, si meurtrière au début, l'aurait été beaucoup plus si l'on ne s'était souvenu que la fièvre jaune ne quitte guère le littoral pour s'avancer dans l'intérieur des terres. Que serait-il arrivé sans la convention de Soledad, qui a permis à l'armée de sortir des terres chaudes pour aller s'établir dans une zone moins dangereuse?

(1) *Annales d'hygiène publique et de médecine légale.*

La mortalité dans le corps expéditionnaire de Madagascar a dépassé toutes les prévisions ; on ne saurait se contenter, à notre époque, d'implorer la *loi d'airain* de la fatalité, sans justifier la nécessité des sacrifices ; ce serait nier les conquêtes de la science.

Les diverses tentatives d'établissement sur la côte malgache n'avaient déjà que trop démontré la mortelle insalubrité des terres basses du littoral. Mais on savait que l'Européen peut vivre à Madagascar lorsqu'il y vient dans de bonnes conditions, et, qu'il sait se prémunir contre tout ce qui peut occasionner la maladie. On n'ignorait pas que l'élévation des parties centrales rendait le pays beaucoup plus salubre pour les personnes n'ayant fait qu'un très court séjour à la côte. Les connaissances acquises ont-elles été appliquées ? Le contraire n'est que trop évident.

Ce qu'il fallait éviter. — En 1840, une petite expédition partait de la Réunion pour faire l'acquisition de Nossi-Bé. Elle mouilla sous la montagne de Loukoubé et débarqua à une pointe située entre la baie d'Hellville et celle d'Ambanourrou. Les travaux de campement et de défense produisirent une telle explosion de fièvres, qu'en peu de temps on perdit 80 hommes ; aussi le nom de *Pointe à la Fièvre* est-il resté à cette localité et les Malgaches la désignent par une dénomination qui veut dire : *lieu où il est dangereux de remuer la terre.*

En 1841, quand on occupa l'île, on s'établit à Hellville où l'on ne tarda pas à voir survenir l'épouvantable mortalité de l'année précédente. Il est probable qu'un essai de même genre tenté sur un autre point aurait eu le même résultat.

Après avoir remarqué que les maladies affectaient différemment les marins et les soldats, il fut décidé qu'on ferait rentrer les soldats à bord tous les soirs ; cette mesure produisit d'excellents résultats et la mortalité fut réduite dans de grandes proportions.

En 1842, un détachement de 50 hommes d'infanterie arrivant de la Réunion fut logé dans une caserne nouvellement installée sur le plateau d'Hellville : deux mois après 6 soldats étaient morts, 12 avaient été rapatriés et tous les autres présentaient des accès graves. Dans le même temps, les artilleurs qui retournaient coucher à bord après les travaux de la journée étaient dans un état sanitaire très satisfaisant, de même que les matelots charpentiers qui regagnaient aussi leur navire après avoir travaillé à terre tout le jour au soleil. La résolution fut définitivement prise que toutes les troupes coucheraient sur les navires jusqu'à l'achèvement des casernes.

N'est-il pas vrai que cette histoire médicale de l'occupation de Nossi-Bé indique qu'il faut éviter de remuer la terre et qu'elle mérite d'être mise en parallèle avec ce que nous venons de voir à Majunga ?

Au mois de mai 1895, il y avait sur rade 30 navires de guerre ou de commerce ; tous les équipages travaillaient au déchargement parfois nuit et jour, et pas un matelot n'avait la fièvre, tandis que les soldats qui fatiguaient moins, mais couchaient à terre, devenaient malades huit jours après leur arrivée. Certains navires sont restés au mouillage pendant toute la durée de l'expédition sans avoir eu un seul cas de fièvre grave.

Influence du sol. — On ne saurait trop différencier les éléments qui constituent l'insalubrité d'un pays, et c'est pour ne l'avoir pas fait que des erreurs ont été commises. Comment, en effet, expliquer cette différence d'action, dans une même région, sur les hommes vivant à bord et ceux logeant à terre ?

Pour s'en rendre compte, il faut nécessairement dissocier les facteurs morbides. La chaleur, l'humidité, la pression atmosphérique agissant aussi bien sur les uns que sur les autres ne sont pas la cause principale des maladies, il y a autre chose de plus important, l'*influence tellurique.*

La terre vierge de culture est un laboratoire de germes infectieux, et, à Madagascar en particulier, l'infectieux paludéen croît et se développe avec la plus grande vigueur. Il suffit de remuer un peu de cette terre inculte pour mettre en mouvement des myriades de parasites.

Dans les endroits les plus secs, en apparence les moins marécageux, les travaux de terrassement donnent naissance à la fièvre. Sur l'îlot rocheux de Nossi-Comba, la confection d'une route le long de pentes abruptes a donné lieu à des accès pernicieux sur les soldats du génie employés à la surveillance.

Si le terrain est vaseux au lieu d'être sablonneux, s'il est bas et humide comme dans le Boëni, par exemple sur la piste Majunga-Suberbieville, les fièvres prennent un caractère de gravité exceptionnelle.

L'eau ajoute son action à celle de la terre pour donner lieu, la chaleur aidant, à une fermentation des plus actives. Les effets en sont même apparents et dans les bas-fonds, on aperçoit par moments une buée pestilentielle. Elle se répand dans l'air à une certaine distance, mais elle est particulièrement dangereuse à 30 ou 40 centimètres du sol. Malheur à ceux qui en se baissant pour une cause futile respirent à pleins poumons cette vapeur empoisonnée ! Ce fait a été mis en évidence à plusieurs reprises par la colonne expéditionnaire : les officiers qui en pressentaient le danger, l'évitaient ; mais les soldats, par indifférence ou ignorance, n'y prêtaient aucune attention et plusieurs en ont été victimes. Pour traverser les zones des bas-fonds marécageux, pour les marches du matin et du soir dans le brouillard, le masque de M. Henrot aurait des avantages (1) ; en le réservant à ces cas spéciaux, il n'aurait rien de grotesque ni absolument rien de gênant ; la rectitude militaire n'en souffrirait nullement. Ne nous servons-nous pas dans nos pays, par les temps humides, d'un respirateur anglais ?

En adoptant la voie de terre pour conduire les troupes à Suberbieville, le département de la guerre les a placées dans les conditions les plus périlleuses. Elles ont été exposées de première main aux émanations maremmatiques. De plus, elles ont bu de l'eau contaminée, parce que les moyens adoptés pour l'épuration étaient nuls ou insuffisants, et alors la pénétration des germes infectieux s'est faite par toutes les voies. On n'a pas tardé à voir le cortège des maladies qui suivent d'ordinaire les armées en campagne : la dysenterie et la fièvre typhoïde se sont associées

(1) Reuss. *La Prophylaxie du Paludisme* (*Ann. d'Hyg.* t. XXXIV, p. 402).

à l'infection paludéenne pour accroître la mortalité.

Action du climat. — Si le sol a un rôle capital dans la fabrication des poisons fébrigènes, le climat n'est pas à dédaigner. La chaleur, le froid, l'humidité, la tension électrique agissent de deux manières : en activant la fermentation de la terre et en impressionnant l'organisme.

Dans le Boëni, il pleut de novembre à avril. Des orages se montrent à l'horizon, parfois pendant le jour, le plus souvent le soir ; l'orage éclate et la pluie tombe par torrents. Le pays est inondé et les rivières débordent. La température moyenne est de 25 à 30°. C'est l'époque de la saison chaude. Les fortes chaleurs des mois de janvier et février s'accompagnent d'une humidité désagréable. De mai à octobre, la saison est sèche et fraîche, les pluies sont excessivement rares, et même nulles en mai, juin et juillet ; le thermomètre oscille entre 16 et 26° ; les nuits et les matinées sont toujours fraîches, les brises de sud-est alternent avec celles de l'ouest.

La pression atmosphérique augmente graduellement du mois d'avril au mois d'octobre ; elle atteint en juillet et en août son maximum.

Pendant les six autres mois de l'année, le baromètre descend graduellement pour atteindre en février et mars les pressions les plus basses, et à cette époque les baisses rapides sont l'indice des cyclones. La charge électrique est excessive dans l'atmosphère de décembre à avril.

La mauvaise saison se termine à la fin de mars ; le moment d'arrivée pour l'Européen doit être en avril. On n'a jamais su pourquoi l'avant-garde était partie de France en janvier ; elle a été immobilisée jusqu'en mai, et l'inaction a été néfaste au bataillon de tirailleurs.

Il fallait surtout pour les premiers travaux d'installation des pionniers, des manœuvres de race indigène, et précisément ce sont eux qui ont manqué. Les soldats sont devenus des terrassiers et des débardeurs.

(*A suivre.*)

BULLETIN DES SYNDICATS

Association professionnelle des médecins de Reims *(suite et fin).*

Déontologie.

Le Président rappelle qu'il existe un code de déontologie professionnelle adopté en 1878 par l'Association de Prévoyance de la Marne, il propose de le comparer à celui qu'a élaboré la commission d'organisation, dont chaque membre a reçu un exemplaire pour arriver à un résultat plus complet.

Lecture est donnée des deux travaux et la discussion est ouverte.

Article préliminaire. — Les règles et décisions régulièrement votées sont les lois de l'Association. Le Conseil les applique et les interprète ; il ne peut les modifier de sa propre initiative. Elles doivent se compléter à mesure que les faits en imposeront la nécessité ou que l'utilité en sera reconnue.

Elles seront inscrites dans un livre spécial divisé en deux parties : l'une, le *Code déontologique* ; l'autre, le *Recueil des décisions de l'Association.* Chaque article portera en marge la date de son adoption, et, s'il y a lieu, la date de ses modifications ou de son abrogation.

Chaque membre de l'Association devra posséder un exemplaire des règles déontologiques et des décisions actuellement en vigueur.

Article I (1878). — Les membres de l'Association professionnelle ne réclament d'honoraires que des personnes qui peuvent rémunérer leurs soins.

Article II. (*Commission.*) — Les médecins honorent leur profession en s'honorant eux-mêmes dans leurs rapports confraternels et par conséquent en observant vis-à-vis les uns des autres les plus grands égards en paroles et en action.

Article III. (*Commission.*) — Tout médecin appelé d'urgence au lieu et place du médecin traitant, ou du médecin habituel de la famille absents ou empêchés, doit se borner aux prescriptions nécessaires pour parer à toute éventualité jusqu'au retour du médecin choisi et s'abstenir de toute réflexion *préjudiciable à son confrère.* Il ne devra retourner chez ce malade qu'à un nouvel appel, en l'absence du médecin habituel ou en consultation avec lui.

Tout médecin appelé auprès d'un malade en traitement à l'insu du confrère qui le soigne, ne pourra accepter de prendre la place de son confrère que sur le refus formel du malade ou de la famille de continuer à recevoir les soins du premier médecin et qu'après s'être assuré que le confrère a été officiellement prévenu.

Article IV. (*Commission.*) — Tout médecin appelé en consultation devra s'abstenir vis-à-vis du malade ou de son entourage, de toute réflexion pouvant préjudicier au médecin ordinaire.

C'est au médecin traitant qu'appartient l'exécution des prescriptions, à moins qu'il ne charge de ce soin son confrère.

Article V. (*Commission.*) — Le médecin appelé en consultation ne devra jamais accepter la succession du confrère dans la maladie pour laquelle il a été appelé.

Il n'acceptera de soigner le malade pour une maladie chronique, qu'après la suspension prolongée des premiers soins et deux mois au moins après la dernière consultation.

Article VII. — Les consultations ont lieu de la manière suivante.

Le plus âgé des médecins fixe l'heure de la convocation ; le médecin ordinaire fait l'historique de la maladie, et donne le premier son avis. Le résultat de la délibération est ensuite communiqué au malade ou à la famille par le doyen d'âge.

Article VII. — Toute discussion en présence du malade, de sa famille ou de personnes étrangères à l'art est interdite.

Article VIII. — Les consultants évitent de modifier sans nécessité le traitement adopté par le médecin ordinaire. Quand ils croient indispensable d'y apporter quelques changements, ils doivent user de la plus grande circonspection et prendre toutes les précautions propres à sauvegarder la réputation de leur confrère et à lui enlever la confiance du malade.

En raison de l'heure avancée, l'assemblée décide de renvoyer à la prochaine réunion, la fin de la discussion des règles déontologiques. Le conseil est chargé d'apporter une rédaction précise des articles concernant les médecins spécialistes et les chirurgiens.

Questions diverses.

M. *Langlet* demande la mise à l'ordre du jour de la prochaine séance l'étude de la *Loi sur l'exercice de la pharmacie* qui renferme plusieurs points intéressant les médecins.

M. *Lacoste* demande que l'Association s'occupe

des rapports des médecins et des sociétés mutuelles.

M. *Seure*, président, annonce que le Conseil a dû déjà se préoccuper de l'exercice civil par les médecins militaires, qui donnera peut-être lieu à un article de l'ordre du jour prochain.

M. *Bettinger* demande que l'Association prenne au plus vite une décision, au sujet des certificats demandés post-mortem, pour les héritiers ou les compagnies d'assurances-vie. Il présente un travail à ce sujet. L'étude en est renvoyée au Conseil.

La séance est levée à six heures et quart.

Le Secrétaire,
Docteur H. PITOY.

REPORTAGE MÉDICAL

Un membre très ancien, de notre Société, M. le Dr *Bourillon*, député de la *Lozère*, 2, rue de Starlay, a été nommé rapporteur de la loi sur la pharmacie. Notre confrère a assisté, plusieurs fois, à nos banquets annuels. Nous pouvons donc compter que les intérêts médicaux sont en bonnes mains et nos lecteurs feront bien de lui adresser leurs observations, en se plaçant surtout au point de vue des intérêts des malades, intérêts qui doivent primer tous les autres, dans l'esprit des législateurs.

— Aux deux docteurs en chirurgie dont nous avons donnés les noms n° 2, il faut en joindre un autre, M. A. Jallet, professeur à l'École de Poitiers.

— A la liste des membres du Concours, dont nous avons annoncé les distinctions honorifiques, il faut ajouter :

OFFICIERS DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — MM. les docteurs *Cancalon* (de Charenton) et *Cazenave de la Roche*, médecin consultant à Menton.

OFFICIERS D'ACADÉMIE. — MM. les docteurs *Barthès* (de Caen) et *Dupret* (de Neuve-Chapelle).

— Un groupe d'amis du Dr Albert LE BLOND se propose de lui offrir un banquet, ainsi qu'un souvenir à l'occasion de sa nomination dans la Légion d'honneur.

Le montant de la cotisation est fixé à 20 fr., comprenant le prix du souvenir et celui du banquet qui aura lieu le Mercredi 12 Février prochain, à 7 h. 1/2, chez Marguery.

Prière d'adresser les adhésions, avant le 6 février, à M. le Dr Georges LÉVY, 47, rue de Paradis, ou à M. le Dr PHILIPPEAU, 12, rue de Châteaudun.

— Un nouveau journal : La *Défense médicale*, organe du Syndicat de Bordeaux, est le bien venu parmi nous.

— *Médecins et mutuellistes à Bruxelles.* — Nous empruntons au Bulletin du Collège médical de Bruxelles les renseignements suivants sur l'état du conflit avec les Sociétés de secours mutuels :

« Quelques confrères qui, au début, avaient accepté du service à la Fédération, se sont rendus aux sollicitations de leurs amis et se sont ensuite désistés de leurs fonctions. La Fédération, avec laquelle ils avaient passé contrat de trois ans, leur intente à chacun, pour ce fait, une action reconventionnelle de 10,000 fr. de dommages et intérêts. Un premier exploit qui leur était adressé a été déclaré nul ; il était fait au nom du président et secrétaire de la Fédération qui n'avaient pas qualité pour la représenter en justice. La Fédération a donc dû adresser à nos trois confrères, un second exploit au nom des vingt-cinq présidents de Sociétés reconnues.

Le Syndicat médical s'est porté garant pour ces médecins démissionnaires.

L'importance de ce procès n'échappera à personne ; son issue, qui peut être envisagée avec sérénité, donnera au Syndicat une force morale plus grande, réglera la conduite des Syndicats de province et rappellera les mutualités à leur devoir, car il ne se peut pas que les mutualités ne soient pas exclusivement réservées aux travailleurs.

M. Cuylits annonce aussi qu'en présence de toutes les calomnies et diffamations que dans leurs meeting et journaux les orateurs et écrivains mutuellistes ont jetées sur lui, il se réserve de les attraire à son tour en justice, et de leur réclamer un dommage de 30,000 francs. »

Il est inutile d'ajouter que nous suivons avec un vif intérêt cette campagne aussi ardente que légitime, dont le retentissement sera considérable en France et provoquera l'admiration de tous les médecins.

— *Une épidémie instructive.* — La fièvre typhoïde a éclaté, à Beyrouth vers la fin d'octobre, et frappé en peu de temps 6,000 personnes dont beaucoup mortellement. S'il faut en croire la *Revue scientifique*, l'étiologie du fléau aurait été celle-ci :

Pendant l'été de nombreux cas de fièvre typhoïde avaient été observés dans certains villages situés sur les collines riveraines du fleuve du Chien (Nahr-el-Kelb) qui alimente Beyrouth.

Or le 10 octobre un orage d'une violence inouïe accompagné d'une pluie torrentielle s'abattit sur Beyrouth et ses environs. En moins d'une demi-heure les rues de la ville furent littéralement transformées en torrents. Trois hommes furent noyés et plusieurs enfants furent entraînés par l'eau descendant des parties hautes de la ville et précipités dans les égouts. Des montagnes voisines de Beyrouth d'énormes masses d'eau descendaient en gigantesques cascades, charriant vers le fleuve grossi les détritus enlevés aux terres ravinées sur plusieurs centimètres de profondeur.

Les matières fécales, simplement déposées sur le sol comme dans toutes les montagnes syriennes, furent entraînées par le courant et avec elles les germes de la fièvre typhoïde.

Dix jours après, l'épidémie éclatait à Beyrouth de tous les côtés à la fois.

— *Ligue nationale contre l'alcoolisme.* — L'assemblée générale qui vient d'avoir lieu a constitué le bureau pour 1896 de la façon suivante :

Président : Dr Sémelaigne ; vice-présidents : Dr Bouchereau, M. Glandaz, Dr Motet, M. Vandendorpel ; secrétaire général : Dr E. Philbert ; secrétaires généraux adjoints : Drs Audigé, Charpentier ; secrétaires des séances : Drs Carra, Roubinowitch ; bibliothécaire-archiviste : Dr Gruet ; trésorier : M. Bartaumieux.

Ainsi qu'on peut s'en rendre compte par cette énumération, le corps médical est largement représenté au sein de la Ligue qui se rend compte de l'importance des services attendus de notre corporation.

— *Société médicale des Bureaux de bienfaisance de Paris.* — Cette très utile Société vient de constituer son bureau pour 1893. — Ont été nommés :

Président : M. de Pradel ;
Premier vice-président : M. Séailles ;
Deuxième vice-président ; M. Gourichon ;
Secrétaire général : M. Le Coin ;
Premier secrétaire : M. Thominet ;
Deuxième secrétaire : M. Dufournier ;
Trésorier : M. Kinzelbach ;
Archiviste : M. Meugy ;
Conseil de famille : MM. Yvon Rotillon et Dusseaud.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

lermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 4 25 Janvier 1896



LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La loi sur l'exercice de la pharmacie.

Le 18 novembre 1894, au banquet qui suivait la réunion annuelle des membres du Concours, M. le Dr Pédebidou, député des Hautes-Pyrénées, secrétaire du groupe médical parlementaire, prononça, au milieu de nos applaudissements, ces mémorables paroles :

Aucun de nos collègues du Sénat et de la Chambre ne me démentira : *nous sommes acquis à toutes les revendications du corps médical.*

Et il terminait son toast, en buvant à la santé du Directeur du Concours qu'il appelait l'*apôtre de toutes les légitimes revendications de nos frères en médecine.*

Or, quand la Chambre des Députés nomma la commission chargée d'étudier le projet de loi sur l'exercice de la pharmacie, ce fut précisément à M. le Dr Pédebidou, élu secrétaire, qu'échut la tâche d'en préparer les travaux.

Ceux-ci viennent de se terminer par la nomination du rapporteur, et M. le Dr Bourrillon, député de la Lozère, membre du Concours médical, l'un des convives du banquet dont nous parlions tout à l'heure, s'est vu confier ces délicates fonctions. — Enregistrons ces heureux présages.

En rappelant ces souvenirs, nous n'avons nullement pour but de mettre nos chers défenseurs en présence des engagements et des promesses qu'ils n'ont pas oubliés. Leur conviction n'a pas varié, et ils n'ont nul besoin qu'on leur montre de nouveau l'importance du devoir à remplir. Soucieux avant tout, et avec juste raison, de l'intérêt public, dont ils sont les mandataires, ils savent fort bien que l'intérêt des médecins est en absolue concordance avec les principes qu'ils ont à faire consacrer par la loi. L'un et l'autre, en effet, appartiennent à des départements qui semblent choisis à souhait, pour la démonstration des lacunes de la législation actuelle, et surtout des dangers que créerait le projet du Sénat. Ils parleront donc en pleine connaissance de cause, en gens qui ont vu, n'ayant, en faits de documents, que l'embarras du choix.

Seulement, il se trouvera des adversaires devant eux. Ceux-ci invoqueront des questions de boutique, de liberté, de budget, etc., etc., et autres grands mots avec lesquels on entraîne les votes des collègues qui ne *savent* pas, ou qui se *désintéressent*. Ils mettront dans les roues mille bâtons, feront renvoyer à la Commission, amenderont les textes jusqu'à déformation absolue, jusqu'au contre-sens voulu. Vous connaissez toutes nos chinoiseries parlementaires, derrière lesquelles se cachent les conditions d'intérêts particuliers, les soucis électoraux et autres préoccupations de même valeur : on en usera, croyez-le bien, jusqu'à fatiguer rapporteur et auditoire, et compromettre, si possible, le résultat des travaux de la Commission.

A moins que.... (et c'est le but de cette causerie), le corps médical tout entier, par la voie de chacun de ses membres, ne prépare le terrain aux avocats de la bonne cause.

Est-il donc difficile de copier les trois articles, votés par notre assemblée générale, après la communication de M. Gassot, le 24 novembre dernier, et reproduits, page 580 du Concours médical *de* 1895, *et de les adresser ensuite, avec les explications nécessaires, à notre député, en lui affirmant que les médecins sont unanimes dans ces revendications, et qu'ils ont tenu à les mettre d'accord avec l'intérêt de la santé publique?*

A notre avis, quiconque n'accomplirait pas cette démarche si simple et de si haute portée, perdrait le droit de se plaindre en cas d'insuccès de nos représentants au Parlement, car il s'agit encore ici d'une de ces circonstances graves, où chacun, dans la mesure possible, doit faire ses affaires lui-même.

Le Conseil de Direction du Concours a rempli tout son devoir ; on peut sans doute en dire autant des syndicats médicaux.

L'action collective, après avoir amené la question au point où elle se trouve, a peut-être dit

son dernier mot : c'est à l'initiative individuelle qu'il appartient de donner l'assaut final.

Allons, confrères, vite, prenons la plume ; il n'y a pas une minute à perdre. Accablons nos élus sous un déluge de prose, qui se transformera, un jour, en torrents d'éloquence...... et de bulletins blancs.

Et ce jour-là, nous lirons l'*Officiel*.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Sur la conservation du sérum antidiphtéritique.

M. *Arloing*, de Lyon, vient d'étudier la conservation du sérum antidiphtéritique et les moyens de le préserver des causes d'infection et des causes d'affaiblissement de ses propriétés immunisantes. Nous empruntons ce qui suit au *Lyon médical*: Pour éviter l'infection du sérum, il faut le recueillir aussi aseptiquement que possible. Le champ opératoire est stérilisé, un trocart stérilisé est plongé dans la jugulaire; un tube de caoutchouc également stérilisé conduit le sang dans un flacon stérilisé à deux tubulures couché obliquement. Après formation du caillot, on recueille le sérum surnageant avec des pipettes stérilisées pour le distribuer dans de petits flacons de 22 c. c. également stérilisés.

Cette manipulation ne permet pas toujours d'éviter l'infection par les germes extérieurs et il y a souvent quelques flacons qui se troublent. Tout d'abord on fit passer le sérum à travers des filtres d'amiante ou de porcelaine. Mais les filtres minéraux diminuent considérablement le pouvoir immunisant. Ainsi un sérum dont le pouvoir est de 100 tombe à 34,75 après filtration. Dans un autre il est tombé à 30,25. Ce moyen est donc à rejeter.

Pour obtenir une stérilisation complète sans dénaturer les caractères physiques et surtout les caractères physiologiques du sérum, il n'y avait pas d'autre ressource que l'adjonction d'antiseptiques.

Normalement, le sérum ne conserve pas longtemps ses caractères de limpidité et de fluidité. Au bout de quelques jours il se trouble : un précipité muqueux se forme et gagne peu à peu le fond du vase. Ce précipité, uniquement composé de mucus albuminoïde, n'est pas vivant, ne contient aucun microbe. C'est le froid qui le précipite : une légère élévation de température entre 20 et 30° le redissout ; plus élevée, la chaleur coagulerait les albumines du sérum et le rendrait inerte.

Ce ne sont pas seulement les qualités physiques, mais aussi les propriétés physiologiques qui s'altèrent avec le temps. Au bout de trois mois le sérum a perdu en moyenne le quart de son pouvoir immunisant.

Il fallait donc trouver un antiseptique capable de lui conserver ses propriétés. Nous avons essayé successivement le camphre, l'acide salicylique, l'acide thymique, l'acide phénique et l'eucalyptol en quantité variable suivant la solubilité de ces corps dans le sérum. Une partie des flacons stérilisés avec les antiseptiques restaient à la température ambiante, tandis que les autres étaient mis à l'étuve.

Avec le camphre, le sérum reste limpide, et louchit avec l'acide thymique, et cela d'autan plus que la température est plus haute. Avec l'acide salicylique il n'y a qu'un léger louche ; avec l'eucalyptol, limpidité normale.

Quelle est l'influence des antiseptiques sur les germes accidentels ?

Le camphre les laisse tous pulluler. Les autres antiseptiques énumérés ci-dessus n'en laissent germer aucun, et même les tuent en neuf jours au maximum.

Reste à déterminer l'influence de ces antiseptiques sur le pouvoir immunisant. C'est ce qui a été déterminé par des expériences très précises, et l'on a trouvé que le pouvoir initial du sérum étant de 100, est ramené à

97,25 par l'acide phénique.
96,37 par l'eucalyptol.
63,39 par l'acide thymique.
56,26 par l'acide salicylique.
51,31 par l'acide thymique en excès.

Ces substances ne sont pas plus dangereuses les unes que les autres pour l'organisme, aux doses minimes où elles sont employées pour immuniser le sérum.

C'est l'eucalyptol qui, tout en s'opposant d'une façon absolue à la pullulation des germes, et les tuant même en quelques jours, altère le moins les qualités physiques du sérum. C'est lui aussi qui conserve le mieux le pouvoir immunisant après l'acide phénique dont il diffère très peu sous ce rapport. C'est donc l'eucalyptol que nous avons adopté pour stériliser notre sérum et nous l'y ajoutons régulièrement à la dose de 4 pour 1000. Nous obtenons ainsi des flacons de sérum qui restent indéfiniment stériles et qui n'ont presque rien perdu de leurs qualités physiologiques. Les plus grands soins sont apportés dans le remplissage des flacons et dans le mode de fermeture pour laquelle on emploie exclusivement des bouchons paraffinés et stérilisés à une haute température.

Tels sont les moyens qui ont permis d'obtenir un sérum aussi parfait que possible, pouvant soutenir la comparaison et se montrant le plus souvent plus stable que les autres sérums sortant des laboratoires de France et de l'étranger.

Traitement de l'hydrocèle par les injections d'éther iodoformé.

Le Dr *Ponsard* expose, dans une récente thèse, une méthode de traitement de l'hydrocèle, qui nous a déjà été indiquée il y a quelques dix ans par le professeur Verneuil et qui a été repris par le Dr Dury, de Liége, en 1892 ; c'est le traitement par l'injection d'éther iodoformé dans la tunique vaginale.

Cette méthode consiste à injecter dans la poche avec une seringue de Pravaz quelque grammes d'éther iodoformé, après avoir évacué le liquide de l'hydrocèle ; il en faut 3 à 8 grammes, suivant le volume et l'ancienneté de l'hydrocèle. On peut simplifier en prenant une seringue de plus forte dimension.

La solution à employer doit être à 10 %.

Après l'injection, l'éther se volatilise, bouillonne, projetant l'iodoforme de tous côtés. La poche se tend et, si la tension semble exagérée, on retire le doigt de l'ouverture de l'aiguille ; quelques vapeurs s'échappent. Mais il faut en abandonner le plus possible à l'intérieur.

La douleur est si minime que quelques opérés ont pu faire à pied une course assez longue aussitôt l'injection. A peine d'autres ont-ils éprouvé quelque gêne dans les bourses, le lendemain et le surlendemain.

Il n'est nul besoin de malaxer.

A la suite de l'opération, point de réaction inflammatoire, point d'inappétence, de fièvre, de condamnation au lit. Pas de pansement: un peu de coton et de collodion, si l'on veut. Le jour même, ou par précaution le lendemain, le malade reprend sa vie normale, ses occupations habituelles.

Les conclusions de M. Ponsard sont les suivantes :

L'injection iodée, préférée jusqu'ici dans le traitement de l'hydrocèle par le plus grand nombre des praticiens, est inférieure à l'injection d'éther iodoformé.

La cure radicale de l'hydrocèle par la méthode sanglante, opération délicate, accessible aux chirurgiens seuls, doit être réservée à certains cas spéciaux, pachyvaginalites, corps étrangers, lésions nettement senties de l'épididyme ou du testicule.

L'injection à l'éther iodoformé, exempte des reproches adressés aux précédentes méthodes, paraît devoir être la méthode de choix pour tous les cas d'hydrocèle simple.

Nous ajouterons que ces injections sont bonnes dans les cas d'hydrocèle légère et non ancienne ; de plus, il serait dangereux de les pratiquer quand il y a communication de l'hydrocèle avec le péritoine ; nous avons vu quelques accidents de ce genre. Pour ces cas, il faut l'intervention chirurgicale et nous n'en admettons point d'autre.

Prophylaxie et traitement des engelures.

M. *Brocq* recommande les moyens suivants pour éviter l'apparition des engelures chez les personnes prédisposées : Il faut, dit-il, dans la *Presse médicale*, prendre beaucoup d'exercice et éviter autant que possible l'action du froid prolongé. Le passage brusque du froid au chaud *et vice versa* est également funeste.

L'usage des *lotions à l'eau très chaude* continuées pendant tout l'hiver préserve très souvent d'une poussée qui, sans cette précaution, n'aurait probablement pas manqué de se manifester ; ce moyen prophylactique mérite assurément d'être essayé.

Ajoutons que la méthode interne suivante paraît avoir donné des succès à M. Brocq :

Sulfate de quinine..........	5	centigr.
Ergotine..................	5	—
Poudre de feuille de digitale.	5	milligr.
Extrait de belladone........	5	—

Pour une pilule. En prendre deux à quatre par jour avant les repas. Commencer ce traitement avant l'époque présumée de l'apparition des engelures, et continuer pendant l'hiver, avec quelques jours de repos. On peut tenter ce traitement dans les cas intenses et rebelles ; il agirait comme vaso-moteur et régulateur de la circulation.

Le Dr *de Montmollin* ajoute un moyen thérapeutique, déjà anciennement connu, qui lui a souvent fort bien réussi :

Bains de 15 à 30 minutes, quatre fois par jour, dans une solution tiède d'acide tannique au centième et deux bains de 15 minutes dans de l'eau de savon.

Ce traitement a un gros inconvénient : celui de brunir fortement les mains et, pour cette raison, nous ne le croyons pas applicable à tout le monde.

Maux de dents.

Puisque nous en sommes sur le chapitre des « bobos », des petits malaises, nous dirons quelques mots d'une préparation anti-odontalgique très vantée en Italie et recommandée par la *Presse médicale* : cette préparation porte le nom d'odontodol. Elle doit se formuler ainsi :

Chlorhydrate de cocaïne.....	1	gramme.
Essence de laurier-cerise....	1	—
Teinture d'arnica...........	10	—
Acetate d'ammoniaq. liquide	20	—

Si la douleur est provoquée par une carie, mettre dans la partie creuse de la dent un tampon d'ouate imbibé de ce liquide. Si elle est provoquée par une inflammation de la pulpe, se laver la bouche avec 30 grammes d'odontodol dilués dans 50 grammes de décoction tiède de graine de lin. Enfin, si la douleur s'étend à toute la mâchoire, après s'être rincé la bouche comme il vient d'être dit, se faire une friction sur toute la partie douloureuse avec quelques gouttes d'odontodol.

MÉDECINE PRATIQUE

Les injections huileuses sous-cutanées.

A différentes reprises, nous avons publié dans le *Concours médical* des articles sur les injections sous-cutanées et sur le traitement de la syphilis et de la tuberculose par les injections d'huile grise et d'huile gaïacolée. Ces publications éparses, nous nous proposons de les réunir aujourd'hui en une étude d'ensemble, destinée surtout à montrer l'injustice de l'oubli où les injections huileuses paraissent tombées, depuis quelques mois. Un de nos plus distingués pharmaciens de Paris, M. *Vicario*, a fait sur les injections huileuses sous-cutanées une série de travaux que nous nous empresserons de citer pour donner à notre cause l'appui de l'autorité de ce savant chimiste.

I

LE CHOIX DE L'HUILE INJECTABLE.

« Le 20 novembre 1886, M. le Dr Balzer annonça à la Société de Biologie qu'il était parvenu à faire des injections sous-cutanées de sels de mercure en suspension dans l'huile de vaseline. Ce véhicule était neutre, inoffensif ; les injections étaient indolores et ne donnaient aucune réaction inflammatoire.

« Le mois suivant, M. le Dr Albin Meunier, pharmacien à Lyon, publiait diverses formules ayant toutes pour base l'huile de vaseline. Eucalyptol 20 à 50 %, eucalyptol iodoformé, sulfure de carbone, térébenthène ; puis, iodoforme 1 %, menthol 10 %, thymol 0,50 %, phénol 1 %, iode 1 %, camphre 1 %, et, le 28 février 1887, les formules de chloroforme, quinine, cocaïne, aconitine, digitaline, hélénine et eugénol paraissaient

dans le *Bulletin de thérapeutique*. — Les principes actifs employés étaient d'une pureté irréprochable, mais plusieurs, tels que l'aconitine, la digitaline, la quinine, n'étaient solubles qu'à l'aide du chloroforme, de l'éther ou de l'alcool. Quant à l'iodoforme, il se dissolvait à peine au centième, et la créosote, très difficilement soluble dans l'huile de vaseline, n'est même pas mentionnée dans les publications de M. Alb. Meunier. »

Les injections d'huile de vaseline furent expérimentées par un grand nombre d'auteurs, et parurent devoir donner d'excellents résultats ; mais le 19 janvier 1888, M. *Balzer*, lui-même, en collaboration avec Mlle Klumpke, fit à la Société de médecine pratique une communication sur les injections sous-cutanées de divers médicaments. Il annonça que l'injection d'eucalyptol, dans la vaseline, paraissait améliorer la bronchite, mais n'avait aucune influence sur la marche de la tuberculose. D'autre part, M. Balzer avait, à l'autopsie, trouvé la vaseline liquide collectée en boules et il avait été possible de recueillir, même après trois semaines, la vaseline en nature dans des abcès profonds. Ainsi la vaseline liquide n'est pas absorbée, elle retarde même l'absorption des substances incorporées, comme M. Balzer le constata à la suite d'injections d'iodoforme dans des abcès ganglionnaires.

L'huile minérale de vaseline agissait donc comme corps inerte et ne pouvait être qu'un agent de dénutrition. Elle laissait souvent des nodosités énormes après injections à haute dose. Finalement, son absorption *très lente* ne la fit conserver qu'en application de la méthode de Scarenzio pour le traitement de la syphilis (oxyde jaune, calomel, etc., en suspension).

Telle est l'histoire de la vaseline liquide.

Nous pouvons donc conclure à son insuffisance dans le plus grand nombre de cas et l'abandonner à peu près complètement.

Or, pendant qu'en France, on essayait les applications de l'huile de vaseline, sans grand succès, en Angleterre et en Autriche, on expérimentait les huiles végétales (huiles d'olive, de ricin, d'amande douce).

M. Vicario s'est adonné spécialement à l'étude et à la préparation des injections sous-cutanées par les huiles végétales, d'après les essais de MM. *Gimbert, Burlureaux, Morel-Lavallée.*

Les premiers essais furent faits avec l'huile végétale créosotée, dans des cas avérés de tuberculose pulmonaire. M. Gimbert obtint des succès à peu près à tous les degrés de la phthisie pulmonaire, sauf pour les formes aiguës où il avoue que la méthode manque encore de certitude.

Il considère l'huile comme un véhicule extrêmement précieux. L'intolérance du lapin pour elle ne prouve rien en ce qui concerne l'homme. — Il est certain qu'elle est parfaitement tolérée par les malades, et ceux-ci, loin de maigrir, engraissent avec une rapidité véritablement étonnante. Il a vu des malades, après 10 injections, gagner en un mois jusqu'à 14 et 15 kil. D'ailleurs l'huile n'est pour rien ici, car cet engraissement se produit dès que l'on désinfecte les tissus envahis, quel que soit le moyen employé.

L'huile est précieuse, précisément parce qu'elle s'absorbe difficilement ; on a ainsi une absorption lente, qui donne exactement ce qu'il faut obtenir, c'est-à-dire la saturation du malade par la créosote pendant le plus long temps possible.

II

Préparation de l'huile injectable et formules.

Les injections huileuses médicamenteuses permettent de faire pénétrer dans un organisme, profondément malade, des doses de médicaments actifs très puissantes, sans fatiguer l'estomac, ni troubler la nutrition. C'est pourquoi, elles ont toujours été employées de préférence contre les grandes maladies cachectisantes chroniques qui ont besoin d'être combattues à la fois avec énergie et persévérance. Nous avons nommé la *tuberculose* et la *syphilis*.

Contre la tuberculose, les injections massives de Gimbert et celles de Burlureaux sont encore employées quelquefois, mais elles sont parfois mal tolérées et provoquent, comme dans un cas de M. Besnier, une congestion pulmonaire plus ou moins intense. Nous préférons l'emploi des injections au gaïacol, à l'eucalyptol, au menthol, à l'iodoforme, suivant les formules ci-dessous :

Solution de gaïacol iodoformé.

Formule du Dr Picot, de Bordeaux.

Gaïacol	5
Iodoforme	1
Huile d'olive stérilisée, q. s. pour	100 cc.

Solution de gaïacol eucalypté iodoformé.

Formule du Dr Pignol.

Gaïacol	5
Eucalyptol	14
Iodoforme	1
Huile stérilisée, q. s. pour	100 cc.

Solution de gaïacol cocaïné.

Formule du Dr Diamantberger.

Gaïacol	25
Huile d'amandes douces	25
Ch. de cocaïne	0,50

Solution de créosote cocaïnée.

Formule du Dr Josias.

Créosote	10
Oléate de cocaïne	0,10
Huile stérilisée, q. s. pour	80 cc.

Solution de gaïacol eucalypté iodoformé à saturation.

Formule du Dr Morel-Lavallée.

Gaïacol	5
Eucalyptol	12
Iodoforme	4
Huile d'olive stérilisée, q. s. pr	100 cc.

L'iodoforme, après nombre d'opinions contradictoires exposées par M. Morel-Lavallée, est consacré définitivement comme un véritable désinfectant ayant une action directe sur les bacilles de Koch, pourvu que le contact soit suffisamment prolongé.

L'eucalyptol agit comme balsamique. Le gaïacol (dont la créosote renferme 70 % environ) ajoute son action antituberculeuse à celle de l'iodoforme et rend plus fluide la solution en permettant l'usage de fines aiguilles à morphine.

L'association de ces trois médicaments n'est donc pas « un luxe pharmacologique ».

Voici la préparation recommandée et imaginée par M. Vicario pour stériliser l'huile :

1° *Préparation de la solution huileuse*, soit par simple mélange : (eucalyptol créosoté, gaïacol eucalypté), soit par l'intermédiaire du bain-marie (eucalyptol créosoté iodoformé, gaïacol iodoformé avec ou sans eucalyptol, phénol iodoformé, etc.), auquel cas les produits volatils ne sont, bien entendu, ajoutés à froid qu'après la dissolution du médicament solide (iodoforme). On filtre ensuite, si cela est nécessaire. On peut employer indistinctement l'huile d'olive ou l'huile d'amande douce.

2° *Stérilisation de la solution.* — La solution obtenue est placée dans le matras Pasteur, dans le ballon pipette de Chamberland ou simplement dans un ballon à col étiré. — L'appareil de Chamberland est d'un emploi extrêmement commode. Il est composé d'un ballon muni d'un col courbé et d'un tube effilé. On verse l'huile préparée dans le ballon dont on bouche le col avec un tampon d'ouate, et on stérilise à l'autoclave à 120°.

2° *Remplissage des flacons.* — La stérilisation achevée, la pointe effilée est cassée et il est facile de remplir les flacons préalablement stérilisés en faisant pénétrer la pointe à travers le coton placé à leur ouverture.

—

Contre LA SYPHILIS, de nombreuses et excellentes formules ont été publiées par différents auteurs ; nous citerons les principales :

Formule de Balzer :

Calomel à la vapeur.......... ou Oxyde jaune de mercure..	1 gr. 50
Huile stérilisée................	15 gram.

C'est-à-dire à peu près dix centigrammes de poudre par seringue de Pravaz contenant 1 c. c. de liquide.

Formule de Lang (Huile grise).

Mercure métallique pur........	20 parties.
Teinture éthérée de benjoin..	5 parties.
Huile stérilisée................	40 parties.

Chaque centimètre cube contient 36 centigrammes de mercure.

Formule de Panas (Syphilis oculaire).

Biiodure d'hydrargyre.........	0 gr. 40
Huile d'olive stérilisée.........	100 c. c.

Chaque centimètre cube contient 0,004 milligrammes de biiodure mercurique.

Formule de Morel-Lavallée.

Calomel	5 gram.
Cocaïne........................	1 gram.
Huile d'olive stérilisée.......	100 c. c.

Chaque centimètre cube contient 1 centigr. de cocaïne et cinq centigrammes de calomel.

Telles sont les principales formules employées et véritablement efficaces, lorsque l'on a affaire à une syphilis grave chez des sujets cachectiques et dyspeptiques.

III

TECHNIQUE DES INJECTIONS HUILEUSES.

Rappelons tout d'abord que pour les injections huileuses, il faut se servir d'une seringue spéciale bien calibrée, avec *piston de cuir*, et aiguille d'acier ou de platine iridié suffisamment grosse. Nous employons généralement la seringue de Pravaz de 4 c. c., que nous préférons à la seringue de Filleau.

Les aiguilles en platine sont faciles à stériliser par l'incandescence, mais elles piquent moins bien que les aiguilles d'acier.

De plus, afin d'éviter les mouvements de l'aiguille, une fois enfoncée dans la peau, nous adaptons un tube de caoutchouc entre la tête de l'aiguille et l'ajutage de la seringue, exactement comme dans le procédé d'injection du sérum antidiphthérique de Roux.

Il est très important de choisir une région charnue, peu nerveuse et peu vasculaire, comme le flanc, la fesse, le grand trochanter, les masses sacro-lombaires et les fosses sous-épineuses de l'omoplate.

On lave sommairement la place où l'on va piquer, avec un peu d'eau phéniquée au 40e ou d'alcool, puis, après avoir flambé l'aiguille et chargé la seringue, on s'assure de la perméabilité de la canule en regardant à contre-jour. Il est nécessaire que l'aiguille soit parfaitement sèche et perméable, que sa lumière ne soit pas obstruée par une goutte de liquide qui empêcherait l'ascension du sang, au cas où l'on pénétrerait dans un vaisseau. L'aiguille enfoncée, on attend quelques instants, pour voir s'il ne s'écoule pas de sang. Ce dernier point est d'une importance extrême ; car la pénétration de la matière d'injection dans une veine donnerait naissance aux graves phénomènes de l'embolie pulmonaire.

La seringue est alors adaptée au moyen du tube de caoutchouc à la tête de l'aiguille, après avoir été bien expurgée d'air, et l'injection est poussée très lentement. On pince ensuite la peau sur l'aiguille et on retire celle-ci en prenant bien soin de ne pas appuyer sur le foyer de l'injection, afin de ne pas faire remonter la substance injectée dans le trajet suivi par l'aiguille. Surtout, pas de massage après la piqûre ; on maintient un instant, le doigt sur le point piqué, pour empêcher la sortie du médicament. L'orifice de la piqûre sera recouvert d'un petit tamponnet d'ouate hydrophile sèche ou d'une rondelle de sparadrap de Vigo.

S'il n'y a pas de douleur consécutive à cette petite opération, il n'y a aucun inconvénient à laisser le malade marcher, vaquer à ses occupations. Si la douleur est forte, le malade gardera le repos et appliquera des compresses d'eau fraîche renouvelées au lieu d'injection, ce moyen suffit ordinairement ; il est rare qu'on ait à recourir à l'emploi de la vessie de glace.

« En fait, dit M. Thiroloix, dans un récent article sur les injections huileuses comme traitement de la syphilis, ce manuel opératoire peut se résumer de la façon suivante :

1° S'assurer de la perméabilité de la canule et l'enfoncer séparément ;

2° Après l'avoir enfoncée dans la partie superficielle du muscle, attendre, afin d'être certain qu'on n'a pas pénétré dans un vaisseau ;

3° Ajuster ensuite la seringue, et faire l'injection lentement ;

4° Retirer la canule en fixant la peau sur l'aiguille, et appliquer une rondelle de Vigo.

Il y a avantage à ne pas injecter de grosse

doses d'huile médicamenteuse, aussi bien chez les tuberculeux que chez les syphilitiques.

Les doses trop fortes sont mal absorbées, s'enkystent, et peuvent, si elles sont reprises par la circulation, au moment où l'on procède à une nouvelle injection, produire une véritable intoxication.

Pour les mêmes motifs, les intervalles des injections doivent être assez longs, d'autant plus longs qu'on multiplie davantage les injections.

Dans la pratique courante, on ne dépassera pas 7 centigrammes et bien souvent, suivant les indications, une injection de 5 ou même 3 centigrammes suffira.

En ce qui concerne particulièrement la tuberculose, il suffit d'injecter quotidiennement ou tous les deux jours DEUX A TROIS CENTIMÈTRES CUBES d'huile gaïacolée et on obtient comme résultats : diminution de l'expectoration, diminution de la fièvre, dessèchement des cavernes. Ce qui est certain, c'est que *ces petites doses sont aussi bonnes que les grosses*, qui ont le désavantage de donner parfois une augmentation de la fièvre.

M. Weill, médecin en chef de l'hôpital Rothschild, a injecté du gaïacol à petites doses, mais en solution plus concentrée. Il emploie parties égales de gaïacol et d'huile stérilisée, ce qui fait 0 gr. 25 de gaïacol par demi-seringue de Pravaz ; on a ainsi l'avantage de ne pas avoir beaucoup de liquide à injecter.

Les résultats obtenus par M. Weill peuvent être schématisés de la façon suivante : il y a trois catégories : 1° amélioration considérable ; 2° amélioration notable ; 3° amélioration nulle.

Pour les solutions d'eucalyptol dosées à 20 %, les injections quotidiennes peuvent atteindre 5 à 10 c. c. Pour assurer l'efficacité du traitement, ainsi que l'absence d'abcès ou de tous accidents locaux, il est indispensable que l'excipient ainsi que les antiseptiques soient extrêmement purs, que les huiles préparées soient stérilisées.

Le mode d'action de ces injections de gaïacol, d'eucalyptol et d'iodoforme est celui des substances balsamiques, qui s'éliminent par les voies aériennes. Il y a là une substitution ; on transforme une inflammation en une autre de meilleure nature, comme lorsqu'on se sert du nitrate d'argent. Mais c'est à condition que la substitution ne soit pas trop énergique, car on voit parfois se produire des hémoptysies très abondantes ou une aggravation de l'état général. A la 3e période de la tuberculose surtout, il est dangereux d'employer cette méthode intensive et nous l'avons vue précipiter le dénouement fatal. C'est peut-être un bien pour le malade désespéré, mais ce n'est pas notre droit d'abréger la vie, même des condamnés ; nous ne pouvons que diminuer leurs douleurs en les engourdissant. Bref, les injections huileuses gaïacolées donnent de superbes résultats à la première et à la seconde période de la tuberculose pulmonaire seulement.

En ce qui concerne la syphilis, rappelons les conclusions de l'article de M. Thiroloix en 1895 (n° 52) :

« L'administration du mercure sera, avec les injections huileuses, comme pour l'ingestion et les frictions, guidée par les effets thérapeutiques et toxiques du médiment. On diminuera ou on forcera les doses, suivant que les manifestations de la syphilis seront faciles à faire disparaître ou tenaces.

Il ne peut y avoir aucune hésitation dans le premier cas. Mais les difficultés se présentent dès qu'on se trouve en présence d'un cas rebelle. La médication sera poussée jusqu'à la limite des effets toxiques, tels que salivation, stomatite, diarrhée.

En se basant sur toutes ces considérations, on adoptera la conduite suivante. S'il s'agit d'une syphilis secondaire, d'intensité moyenne, après avoir nettement recherché les contre-indications d'une médication mercurielle énergique, albuminurie, carie dentaire étendue, gingivite chronique, grossesse, scrofule, etc., on commencera par faire une injection d'huile grise de 7 centigrammes. Dix jours après, deuxième injection de 5 ou 7 centigrammes. Très souvent, ces deux premières injections suffisent, mais si l'on juge qu'il en faut une troisième, on la fera quinze jours après la seconde. Dans le cas où une quatrième injection serait absolument nécessaire, un intervalle au moins égal serait observé. Cette marche, évidemment, sera modifiée par la tolérance buccale, l'état général des malades, la bénignité ou la gravité de la syphilis ; mais elle convient parfaitement à la majorité des cas. Les manifestations de la syphilis cèdent ordinairement après une ou deux injections, et après un intervalle de repos de dix à quinze jours, on reviendra à la médication par ingestion, à moins de contre-indication.

S'il s'agit d'une syphilis à manifestations plus tenaces, on pousse le traitement jusqu'à la quatrième et cinquième injection. Rarement on sera obligé d'atteindre et surtout de dépasser ce chiffre, et si cela arrive, on ne procédera plus qu'avec une extrême prudence, surveillant avec soin les gencives et l'état des muqueuses en général, prêt à interrompre à la moindre alerte. »

La méthode des injections huileuses présente, en somme, d'immenses avantages, puisqu'elle permet d'introduire presque sans douleur dans l'organisme des médicaments insolubles, irritants et dangereux pour l'estomac à des doses considérables, et, en tout cas, sans entraver le moins du monde les digestions et la nutrition générale.

Dr PAUL HUGUENIN.

CLINIQUE MÉDICALE

De l'utilité du sac de glace précordial contre les troubles cardiaques des maladies infectieuses aiguës (1),

Par M. P. LE GENDRE, médecin des hôpitaux.

Je désire attirer l'attention de nos collègues sur un procédé thérapeutique trop peu usité en France, à ce qu'il me semble, vanté avec raison par plusieurs auteurs étrangers contre les inflammations aiguës du péricarde et du cœur, et que j'ai employé moi-même avec un grand avantage

(1) Communication faite à la Société médicale du IXe arrondissement.

pour combattre les troubles cardiaques variés qui accidentent les maladies infectieuses. Ce procédé, c'est l'application plus ou moins prolongée d'un sac contenant de la glace sur la région précordiale.

Technique. — Le sac en caoutchouc ou formé d'une vessie de porc ne doit contenir qu'une quantité de glace qui n'incommode pas le malade par son poids et lui permette de s'étaler pour ainsi dire sur la région précordiale en la recouvrant complètement.

Il est indispensable que le sac soit séparé de la peau par un morceau de flanelle ; sans cela l'érythème de la peau devient très pénible au bout de quelques heures et peut amener même du sphacèle superficiel chez des individus à peau fine.

Si le sujet se tient tranquillement dans le décubitus dorsal, on peut ne pas fixer le sac ; en cas d'agitation ou de malaise dans l'attitude couchée, on fixe le sac par un bandage de corps et des bretelles, de telle façon que le malade puisse prendre le décubitus latéral ou se tenir à demi-assis.

L'application de la glace doit être ininterrompue, sauf pendant le temps nécessaire pour remplacer les fragments fondus ; il ne faut pas prendre de fragments très volumineux.

La durée habituelle de l'application est de un à trois jours ; on peut être obligé d'y recourir à plusieurs reprises au cours de la maladie.

Les *effets produits* par l'application du sac de glace chez les malades atteints de troubles fonctionnels du cœur symptomatiques d'une péricardite, d'une endocardite aiguë, ou simplement d'une infection générale hyperpyrétique ayant frappé l'appareil d'innervation cardiaque dans ses origines bulbaires ou ses filets nerveux ou ses ganglions intra-cardiaques, sont des plus intéressants.

Le premier est l'amélioration ou la disparition des phénomènes douloureux.

On est frappé de voir que l'application de la glace est plutôt agréable que pénible à la plupart des malades ; bon nombre m'ont dit qu'ils éprouvaient pendant son contact un soulagement de leur angoisse précordiale, de la sensation pénible provoquée par la violence des battements et leur arythmie.

Le second est le ralentissement des battements cardiaques, déjà apparent au bout de quelques heures, quelquefois de quelques instants, ralentissement qui s'accentue graduellement : dans un très grand nombre de cas, j'ai vu des malades qui avaient 140 à 150 P. avant l'application du sac de glace, avoir 120 le lendemain, 100 le surlendemain, 80 le troisième jour.

Parallèlement, les contractions cardiaques, si elles étaient faibles, deviennent plus énergiques et le pouls, de filiforme ou onduleux, devient plein et mieux détaché.

Quand l'impulsion cardiaque était d'une violence exagérée, elles se calment peu à peu. Dans le premier cas le froid agit comme tonique, dans le second comme sédatif.

L'effet produit par l'arythmie n'est pas moins frappant ; les faux pas, les intermittences deviennent plus rares et disparaissent, ainsi que les bruits de galop et les dédoublements. Quant aux frottements péricardiques, ils s'accentuent naturellement au contraire, ainsi que les véritables souffles orificiels, en proportion de la reprise de l'énergie des contractions. On observe, en somme, des phénomènes analogues à ceux qui suivent l'administration de la digitale et des médicaments dits toniques du cœur.

Je ne puis dire dans quelle mesure l'application du sac de glace contribue non seulement à dissiper les troubles fonctionnels, mais à guérir l'inflammation des séreuses péricardique, cardiaque et du myocarde. Je puis affirmer du moins qu'elle n'y nuit pas et je citerai comme exemple ce fait.

Observation. — *Endo-péricardite aiguë rhumatismale avec congestion pulmonaire gauche chez une petite fille.* — J'ai vu l'an dernier à Sannois, avec le Dr Margery, une petite fille dont la situation était des plus graves ; l'épanchement intra-péricardique était assez abondant, les battements du cœur irréguliers, un souffle orificiel tendant à s'affaiblir, la température élevée, la dyspnée extrême parce qu'aux phénomènes endo-péricardiaques s'ajoutait une congestion étendue du poumon gauche. Je conseillai d'adjoindre aux moyens déjà employés (révulsifs et toniques du cœur) le sac de glace.

L'enfant a parfaitement guéri et, me disait récemment mon confrère, sans conserver de trace appréciable à l'auscultation.

C'est surtout dans les troubles cardiaques des fièvres éruptives et autres infections aiguës, fièvre typhoïde, érysipèle, septicémie puerpérale à détermination cardiaque que j'ai utilisé, le plus souvent, l'application du sac de glace ; à Saint-Antoine en 1892, à l'hôpital Trousseau pendant une longue suppléance en 1893 et 1894, enfin à l'Hôpital temporaire de la porte d'Aubervilliers cette année.

Je pourrais vous apporter un très grand nombre d'observations ; mais toutes se ressemblent au point de vue spécial qui m'occupe, et je me contenterai de vous citer la statistique des quatre derniers mois de mon service.

Sur les 150 malades sortis du pavillon de la scarlatine pendant les mois de juillet, août, septembre et octobre 1895, et comprenant les adultes hommes et femmes en égale proportion et une dizaine d'enfants, 70 environ pendant le cours de leur maladie et surtout dans les quelques jours qui ont suivi leur arrivée ont présenté des troubles cardiaques passagers, tels que tachycardie, embryocardie ou tendance à ce rythme, bruits de souffle doux, systoliques ou mésosystoliques, à la pointe, irrégularités, intermittences, affaiblissement, surdité ou ralentissement des bruits, bruit de galop, c'est-à-dire un bruit de choc présystolique surajouté aux deux bruits normaux et dû vraisemblablement à la distension brusque de la paroi ventriculaire avant la systole.

Le traitement employé habituellement (sauf dans quelques cas où on a eu recours aux ventouses scarifiées, ou aux pointes de feu sur le cœur, à la caféine ou à la digitale), a été l'application sur la région précordiale d'une vessie pleine de glace laissée en permanence jour et nuit pendant 2 ou 3 jours environ, rarement davantage. Dans le plus grand nombre des cas la seule application de la glace a suffi pour rétablir rapidement la régularité des bruits du cœur. Elle a été employée chaque fois avec succès sur

40 de ces malades sur lesquels nous avions constaté des troubles cardiaques.

L'observation suivante, qui concerne un cas où le pronostic au début était des plus sombres, à cause du passé pathologique cardiaque, et où la malade a cependant guéri, me semble de nature à vous impressionner en faveur de l'utilité de la réfrigération continue par le sac de glace.

Observation. — Marie R..., 24 ans, culottière, entrée à Aubervilliers le 4 juin, a un passé fort chargé ; outre la rougeole elle a eu, il y a quatre ans, la fièvre typhoïde. En outre, depuis l'âge de 8 ans, elle a eu des attaques de rhumatisme articulaire, revenant d'abord de quatre en quatre ans, puis tous les ans au printemps. C'est donc une rhumatisante de carrière et il n'est pas étonnant qu'elle soit cardiopathe ; depuis deux ans, elle a de temps en temps les jambes enflées, des crises d'étouffement et souffre de son cœur. Depuis sa fièvre typhoïde elle a conservé de l'albuminurie et depuis trois mois qu'elle est en traitement à Laënnec on a toujours trouvé de l'albumine dans ses urines.

C'est dans cet hôpital qu'elle a contracté la scarlatine au contact d'une autre jeune fille, placée dans le lit voisin pour une angine et chez laquelle l'exanthème scarlatin n'était pas encore apparu. Toutes deux sont amenées à Aubervilliers à vingt-quatre heures d'intervalle. Avec de pareils commémoratifs, Marie R... nous arrivait donc dans des conditions de nature à faire craindre des accidents cardiaques graves et, de fait, nous constatons, dès son entrée, outre une température de 40°5 et une albuminurie abondante, un cœur battant 128 ; un bruit de galop d'abord, puis le lendemain le rythme embryocardique. Le pouls atteignait 140, avec des battements plus mous. La glace est appliquée. Le lendemain le pouls revient à 124. Frottement péricardique de la base réunissant les deux bruits.

Le 8 juin, le pouls est à 100. Souffle systolique de la pointe.

9 juin. Pouls 80, rythme meilleur, battements toujours sourds.

10 juin. Pouls 76, régulier, bruits mieux frappés, le souffle systolique de la pointe diminue d'intensité. A partir de ce moment, sauf quelques variations, la situation s'améliore. L'albumine diminue graduellement, puis disparaît des urines, qui deviennent abondantes.

Le cœur redevient régulier, ferme, avec des battements de 72 à 76 ; le souffle systolique de la pointe avec propagation vers l'aisselle persiste comme signe d'une insuffisance mitrale durable, mais en parfaite compensation ; je n'osais même pas espérer ce résultat au moment le plus critique de la période infectieuse de la scarlatine, quand le cœur était en désarroi complet, et j'ai le sentiment que la glace a contribué à soutenir la tonicité cardiaque, auxiliaire puissant de la caféine et de la digitale, que j'ai employées seules avec un moindre succès dans les cas analogues.

A cette très intéressante communication de M. Le Gendre, M. Jullien, chirurgien de la maison de Saint-Lazare, ajoute :

« Je me félicite de voir notre collègue prêter son autorité à une pratique dont l'importance me paraît considérable, et à laquelle je suis personnellement fort attaché.

Mon attention a été appelée sur ce sujet depuis 1887, par un mémoire remarquable de B. Silva (*Gazzetta delle cliniche*, vol. XXIV, p. 253). Vers la même époque Grigorovitch publiait une contribution importante dans *The Practitionner* (août 1886). En mars 1894, j'insérai moi-même une courte notice avec deux observations originales dans la *Revue Internationale de thérapeutique et de pharmacologie*, p. 88, et je fis faire une thèse intitulée : *Contribution à l'étude de l'action de la vessie de glace à la région précordiale dans les cas de tachycardie d'origine infectieuse*, par mon élève et ami Emile Isnel.

Les effets physiologiques de ce moyen, tant généraux que locaux, sont bien connus. A l'aide de l'aiguille thermo-électrique, Silva a pu constater sur des chiens le refroidissement de la face antérieure et même de la paroi postérieure du cœur. Des tracés ont été pris, la pression intra-vasculaire a été mesurée, et on l'a vue monter de 120 à 140 et même 180 millimètres en quelques minutes, en même temps que le nombre de pulsations diminuait.

Il y a 7 ans, j'eus l'occasion de vérifier par moi-même l'exactitude de ces données. J'avais été appelé pour donner des soins à une malade que je reconnus atteinte de fièvre typhoïde. Chirurgien, je m'étais récusé ; lyonnais, j'avais conseillé le traitement par les bains froids. et remis la malade, une grande et forte jeune fille, entre les mains de mon excellent ami et si regretté collègue, Juhel-Rénoy. Mais peu après il s'alitait pour une angine, et je dus reprendre la direction de la cure jusqu'à la fin de cette indisposition. Le cas était grave, les symptômes fébriles intenses, les hautes températures se défendaient contre l'hydrothérapie, et malgré son refroidissement graduel, le bain restait impuissant. Bientôt la forme ataxo-adynamique se dessinait nettement, la malade avait perdu toute connaissance, et gisait sur son lit complètement découverte dans une attitude tétanique, remuée seulement par quelques spasmes de la tête. Le pouls avait atteint successivement 120, 140 et battait 160 ; c'est, si je ne me trompe, un symptôme que Brand signale comme la marque la plus sûre de la mort prochaine.

Dans ces conditions je pensai que la glace sur le cœur offrait une ressource suprême, et je m'enhardis à l'appliquer.

Ce ne fut pas sans timidité que je posai le sac de caoutchouc sur la région qu'agitaient à peine les contractions affaiblies et tumultueuses du viscère épuisé. Je scrutais attentivement le pouls, prêt à suspendre l'expérience à la première alerte. Moins de 15 minutes suffirent pour que je visse le nombre des battements diminuer et leur amplitude s'accroître. Bientôt les ondulations indistinctes de l'artère faisaient place à des soulèvements plus nets. Venais-je à éloigner le réfrigérant, les symptômes alarmants reprenaient immédiatement le dessus ; si bien qu'après maints essais, je finis par laisser en permanence la vessie de glace pendant plusieurs jours. La température avait fini par céder, les phénomènes cérébraux disparurent, et quand Juhel-Rénoy fut guéri, j'eus le plaisir de lui rendre la malade hors de danger. J'ai la conviction qu'elle ne dut son salut qu'au moyen décisif que j'avais mis en œuvre. Je me suis demandé souvent s'il n'y aurait pas lieu d'en

étendre l'emploi même aux cas exempts de ces redoutables complications, tant pour le traitement de la dothiénentérie, que pour celui des pyrexies qui bénéficient de la balnéation.

Dans un cas de septicémie irrémédiable survenue chez une femme de Saint-Lazare, que j'opérai *in extremis* à la suite d'une perforation intestinale, je fis une nouvelle expérience, et je vis, en moins d'une demi-heure, le pouls tomber de 140 à 120 pulsations.

Il me semble donc que c'est là un modificateur très puissant, qui doit figurer dans le cadre des agents couramment employés. Par la vigueur communiquée soudain au muscle cardiaque le sang des veines pulmonaires est attiré avec plus de force dans l'oreillette et de là dans le ventricule gauche, ce qui amène la déplétion du système pulmonaire. Une plus grande quantité de sang traverse le filtre rénal, favorisant l'élimination de tout principe morbide ; en même temps, la circulation cérébrale, devenue plus active, donne au malade une sensation de bien-être particulier.

Une conséquence très logiquement tirée de tous ces faits par Silva, c'est que les effets de l'alcool et de l'atropine sont en partie neutralisés par la vessie de glace, agissant au même titre que la digitale pour tonifier l'agent central de la circulation. En effet, l'alcool a la propriété d'abaisser la pression sanguine, en paralysant les vaso-moteurs, et l'atropine augmente le nombre des pulsations en paralysant le nerf vague. Il y a donc là une ressource possible dans certains cas d'empoisonnement.

La chlorose, la néphrite, la sténose mitrale non compensée doivent également bénéficier de la réfrigération précordiale, et je suis convaincu qu'en l'étudiant davantage on en étendra les applications à nombre de cas qui, pour n'être pas désespérés comme ceux que j'ai cités, n'en sont pas moins dignes de tout intérêt. »

(*Revue d'obstétrique et de pædiâtrie.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les étudiants étrangers.

On parle un peu partout, au Conseil général des Facultés, dans la presse, des étudiants étrangers : c'est la question à l'ordre du jour.

On ne paraît malheureusement l'envisager qu'au point de vue de l'encombrement de la Faculté de Paris ; de là des solutions bâtardes, des demi-mesures, qui ne sauraient apporter aucun remède au mal, si tant est que mal il y ait.

Il est un autre encombrement dont il nous semble qu'on ne se préoccupe pas outre mesure, c'est celui des médecins diplômés qui ne savent plus où se caser et qui arrivent tout juste à végéter quand ils ne meurent pas de faim. Or on conviendra que l'affluence des étrangers, dans nos facultés, n'est pas faite pour diminuer ce dernier encombrement.

Car enfin, il faut bien le dire, ce n'est pas tant le complément d'instruction que leur assure la rénovation de notre haut enseignement scientifique qui attire chez nous les étrangers, que la perspective de s'installer en France, d'y pratiquer l'art médical, d'y jouir d'un bien-être et d'une liberté qu'ils ne trouvent pas chez eux.

La question de l'exercice professionnel domine toute la question des étudiants étrangers et c'est le point de vue dont on nous paraît s'occuper le moins.

Que signifie dès lors la répartition obligatoire des étudiants étrangers dans les Facultés de province ?

Si ces étudiants viennent chez nous uniquement pour suivre nos cours, pour compléter leur instruction près de maîtres éminents, pour se perfectionner en un mot, on ne peut les éloigner de Paris, et la chose est tellement vraie que M. le doyen Brouardel s'est empressé de déclarer que ce n'était pas eux qu'on visait, qu'eux seraient toujours reçus en toute liberté.

Si au contraire ces étudiants ne recherchent que le droit d'exercer en France, ils iront où on voudra, dans les Facultés de province, dans les écoles secondaires, ailleurs encore, si on les y envoie ; chaque année, on les verra plus nombreux, et la question restera ouverte jusqu'au jour où l'on voudra bien reconnaître qu'on a fait fausse route.

Faut-il donc fermer à tous les étrangers les portes de nos Facultés ? Nous ne le pensons pas, nous sommes même d'avis qu'on les y accueille avec la plus grande faveur ; mais..... nous voudrions qu'on se préoccupât, dès le jour de leur arrivée, de leurs intentions au point de vue de l'exercice professionnel.

Nul français ne peut exercer en France s'il n'a obtenu le diplôme de docteur en médecine, et pour obtenir ce diplôme il a dû préalablement passer le baccalauréat ès-lettres philosophie, puis l'examen de sciences chimiques, physiques et naturelles.

Nous demandons que les étrangers soient soumis à la même règle absolue, sans dispenses, sans équivalences d'aucune sorte. Ils passeront le baccalauréat, puis l'examen de sciences, feront leurs études médicales, seront reçus docteurs et seront libres d'exercer en France.

Ceux qui ne passeraient pas par cette filière, qui exciperaient de titres acquis dans leur patrie, pourraient être admis à suivre les cours si ces titres étaient reconnus suffisants, mais ils ne pourraient recevoir qu'un diplôme *honoris causâ* qui ne leur conférerait pas le droit d'exercice en France.

Il nous semble qu'on résoudrait du même coup les deux problèmes de l'encombrement : on aurait certainement beaucoup moins d'étudiants étrangers à la Faculté de Paris et beaucoup moins de praticiens étrangers venant nous disputer la clientèle.

Quant aux étudiants sérieux, à ceux que nos maîtres attirent autour de leurs chaires et qui ne songent qu'à rentrer chez eux leurs études terminées, ils n'en viendraient pas moins en France et le titre de docteur de la Faculté de Paris, fût-il simplement honorifique, resterait toujours recherché : on ne le confondrait pas avec le diplôme de la Faculté d'Iéna.

XX.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Les causes de la mortalité pendant l'expédition de Madagascar *(suite et fin).*

Action du climat (suite). — La chaleur du soleil et le froid humide de la nuit sont les principaux éléments du climat contre lesquels il fallait se

mettre en garde. Les insolations ont été relativement rares ; le port du casque était obligatoire, et le travail suspendu pendant les heures chaudes de la journée. Les isolés faisaient parfois la sieste au soleil, malgré la défense, et on a eu souvent à constater que les hommes en imminence de fièvre prenaient un accès dès qu'ils s'exposaient aux rayons solaires.

La fraîcheur des nuits a contribué dans une large mesure à aggraver les maladies. Les soldats n'avaient aucun vêtement chaud pour se protéger de la rosée du matin et du brouillard de la rivière. Ils couchaient en plein air, ou bien sous des tentes, toujours au ras du sol dont ils n'étaient séparés que par la toile caoutchoutée, quand elle n'était pas usée, car elle était d'une médiocre qualité ; en aucun cas, cette toile, sur laquelle on avait fondé des espérances, ne saurait remplacer le lit de campagne, par exemple, le lit en aluminium.

Même à proximité des villages, les troupes n'ont jamais cantonné, et pourtant dans un pays humide la case malgache aurait pu être utilisée. Aucun abri n'avait été prévu en dehors de la tente. Au Dahomey, on préférait le gourbi que des porteurs édifiaient très rapidement.

M. Ballot avait eu l'idée ingénieuse de faire confectionner, avec des branches de palmier, de petites charpentes de baraque de forme carrée. La hauteur au faîtage avait à peu près 1 m. 60, le tout s'ajustait très rapidement au moyen de petites boucles en rotin ou en feuilles de palmier fixées à chaque pièce de cette charpente. Un coolie pouvait porter deux de ces carcasses de maisons qui, dressées plus vite qu'une tente, étaient garnies de feuillages et de branchages. Les abris Ballot pouvaient loger de six à huit hommes. Cette excellente idée appliquée dans une campagne précédente aurait dû être connue des organisateurs, et aurait pu être utilisée jusqu'à Suberbieville au moins, dans toute la contrée humide et marécageuse.

Le manque d'abris, l'insuffisance du couchage, l'absence de moyens de protection contre l'humidité ont été cause de beaucoup de morts.

Les fatigues. — On sait depuis longtemps que les fatigues de toutes sortes, en pays palustre, déterminent sûrement l'accès de fièvre. Il faut ménager les forces des soldats pour qu'ils puissent faire un service utile. On doit leur éviter tout excès de travail ou de veille ; une nuit d'insomnie les déprime, une marche forcée les rend toujours presque indisponibles.

En campagne, les marches sont réglées de telle sorte que les hommes ne sont pas exposés aux émanations paludéennes par des sorties avant le lever ou après le coucher du soleil ; les heures chaudes de la journée entre 9 heures et 4 heures seront affectées au repos. A moins de circonstances exceptionnelles, il est rarement nécessaire dans les pays chauds de faire plus de 15 kilomètres par jour ; aussi deux petites étapes, l'une de 6 heures à 9 heures du matin, et l'autre de 4 heures à 6 heures du soir, peuvent suffire.

Ces prescriptions si importantes ont été souvent oubliées. Dans les premiers jours de mars, le commandant Belin a dû faire, par ordre, des étapes de 35 kilomètres, sans aucun moyen de transport, dans des terrains inondés par les eaux de la rivière.

Les soldats se levaient à 2 heures du matin, se mettaient en mouvement à 5 heures, et marchaient jusqu'à 11 heures, n'ayant pris que du café. Ils repartaient à 2 heures de l'après-midi et ne faisaient halte qu'à 5 heures. Les hommes envoyés en reconnaissance rentraient tard, et ne trouvaient pas leurs aliments préparés ; à 8 heures du soir on commençait la soupe, et à 9 heures les feux étaient éteints.

Donnons des faits :

Le 9 mars, la compagnie du 3e tirailleurs partait de Majunga avec ordre de se porter à Marohogo, en extrême pointe d'avant-garde ; on n'emportait ni brancards, ni cantines, parce que le commandement refusait encore à ce moment de croire à la fièvre. Il n'y avait, disait-on, que des maladies individuelles ; le climat était innocent, et ceux qui devenaient malades étaient coupables de négligence.

Le 10 mars, les hommes de la petite colonne marchant sac au dos, en plein soleil et dans la vase, commencent à tomber en masse ; à 11 heures, 10 sont frappés de coup de chaleur ; à 4 heures, un tirailleur, en proie à un accès pernicieux meurt sans avoir pu recevoir le moindre remède. Les jours suivants, les artilleurs étaient tous atteints de la fièvre, quelques-uns d'accès pernicieux. Et on n'avait toujours pas de coolies pour relever les malades ; les rares porteurs étaient chargés des pioches destinées à faire la route. Tous les dix pas, on rencontrait des soldats abandonnés sans soins. Le général Metzinger commença à s'épouvanter du nombre des malades, et il prescrivit au médecin de l'avant-garde de se montrer plus sévère pour les évacuations.

Une cause principale de la fatigue du soldat en marche, était l'obligation de porter son sac, ainsi que les objets d'équipement et de campement. Imposer une charge de 25 à 30 kilogrammes à l'Européen dans les pays chauds, c'est le condamner fatalement à devenir malade. Il doit être allégé de tout fardeau, et n'avoir à porter que son fusil et sa musette ; c'est un principe essentiel. Chaque soldat doit avoir son coolie ; on ne s'était pas préoccupé de cette question. Les éclopés étaient laissés sur la route ; dès que la colonne était arrivée au gîte d'étapes, on envoyait un corvée avec des mulets pour chercher les malades et souvent on les trouvait morts. Quand les mulets s'enlisaient dans les marais, il fallait les décharger pour les sortir du mauvais pas, et le surcroît de travail ainsi imposé n'était pas mince.

Il fallait avoir le nombre de porteurs nécessaire : là était le nœud de l'expédition, et c'est parce qu'on n'a pas eu cette main-d'œuvre qu'on s'est servi des hommes de troupe pour le déchargement du matériel, la construction des routes et le transport des vivres. Pour n'avoir pas su recruter dès le début l'élément essentiel d'une expédition coloniale, nos soldats ont fait une besogne de coolies indigènes. Ils sont morts !...

Les privations. — Qui n'a pas vu ce qui s'est passé là-bas, ne peut s'imaginer la souffrance endurée par les hommes de troupe, dévorés par la fièvre, rongés par des ulcères, couverts de poussière et de vermine, n'ayant aucun vêtement de rechange, sans eau ni savon, manquant en un mot du nécessaire. Des légions de mous-

tiques interrompaient le sommeil et d'innombrables fourmis se mêlaient aux aliments. Quelle misère !.. elle était navrante.

Les retards fortuits et accidentels ne sont pas seuls en cause ; l'imprévoyance est évidente.

En juin, la brigade Metzinger se trouve à l'avant sans médicaments. A l'infirmerie régimentaire d'Ambato, on ne possède, le 12 juin, que quelques pilules de quinine ou d'opium, un peu de bismuth, une demi-douzaine de bandes. Pour toute formation sanitaire, l'avant-garde n'a que l'ambulance n° 1, qui ne peut pourvoir à tous les besoins. Trois cent cinquante malades sont à Suberbieville sous des tentes coniques, alors que les services d'état-major sont logés dans des maisons.

Comment soulager les malades ? pas de remèdes ! pas de lits ! pas de couvertures ! ils couchent tous sur le sol, quelques-uns se font soigner par des herbes que leur indiquent les indigènes. Cette ambulance est restée ainsi dépourvue de tout du 9 juin au 20 juillet. A cette date, l'ordre fut donné à l'hôpital n° 3 de s'établir à Suberbieville. On lui assignait comme emplacement un plateau dénudé en face du cimetière, où avait été auparavant installé le dépôt de remonte mobile et où avaient séjourné, pendant un mois, 50 chevaux. Le 23 juillet, cet hôpital contenait déjà 600 malades, mais il manquait de quinine et ne disposait que de rares boîtes de lait. Le sulfate de soude et l'ipéca étaient absents. Rien de triste comme cet hôpital d'Ankaboka contenant 1200 malades couchés dans des lits superposés et ne touchant la soupe qu'à 2 heures du soir.

Sous un climat débilitant, il est indispensable que l'alimentation soit substantielle et que les repas soient pris à des heures régulières, car la régularité supplée au défaut d'appétit. La composition de la ration était bien comprise, et très suffisante pour réparer les forces. L'intendance a fait de louables efforts pour qu'elle soit assurée. Jusqu'à Suberbieville, le pain et le vin n'ont pas manqué ; au delà, le pain de guerre a fait un bon office ; le vin a été supprimé et remplacé par quatre centilitres de tafia pour couper l'eau.

Les soins de la peau sont indispensables ; une transpiration régulière est la meilleure défense contre l'influence nocive d'une haute température. Les hommes n'avaient pas toujours la force d'aller chercher de l'eau à 300 mètres de leur campement. A l'hôpital de Majunga, l'eau a toujours fait défaut ; les puits étaient à sec, et l'eau distillée suffisait à peine à la boisson. Faute d'eau, le blanchissage était impossible et on s'est trouvé dans la nécessité d'envoyer le linge sale à Nossi-Bé. Quant à la propreté corporelle des malades, elle était nulle et pendant tout leur temps de séjour à l'hôpital, ils ne pouvaient se laver ni les mains ni la figure. On a fait brûler bien des effets de couchage qu'on ne pouvait ni laver ni désinfecter.

La quinine devenait impuissante, le changement d'air lui-même était à peine suffisant pour conjurer les effets désastreux de toutes les infections.

Répartition des morts par maladies. — Il serait intéressant de montrer la part respective du paludisme et des autres maladies dans la mortalité. Ce document est difficile à établir pour le moment ; il exige un travail d'ensemble qui ne pourra être fourni qu'à la fin de la campagne. Toutefois on peut dès à présent donner quelques indications générales.

Un tableau d'ensemble tiré d'un assez grand nombre d'observations donnera une idée approximative sur les affections motivant les décès :

	Pour 100 décès.
Paludisme, cachexie paludéenne	69
— Accès pernicieux	10
— Accès bilieux hématuriques	2
Dysenterie	8
Fièvre typhoïde	12
Tuberculose	4
Insolation et coup de chaleur	3
Tétanos	0.25
Blessures diverses	5.75

Parmi les maladies paludéennes, la *cachexie* tient le premier rang : sous cette étiquette on trouvera le plus grand nombre de décès, parce qu'elle était le résumé de toutes les souffrances endurées par des hommes primitivement impaludés. En allant au fond des choses on verrait que la cachexie paludéenne est susceptible de se dissocier. Souvent s'est greffée sur elle la cachexie de misère, et il était le plus souvent bien difficile de déterminer la part de chacune dans le résultat final. Il s'est produit à Madagascar ce qui est arrivé bien des fois, non seulement dans les campagnes tropicales, mais en Algérie, quand les soldats en pleine transpiration étaient subitement exposés au froid, quand ils absorbaient de l'eau très froide à la suite de marches forcées, ou bien encore quand ils couchaient sur la terre humide. On a fréquemment constaté l'apparition d'œdèmes, surtout à la face, au cou, aux avant-bras, aux mains, aux jambes et aux pieds. Ces œdèmes pouvaient disparaître sous l'influence de la température chaude et uniforme, mais souvent aussi ils amenaient la mort subite.

Les *accès pernicieux* étaient assez fréquents, et ils tuaient 1 fois sur 3 en moyenne dans les hôpitaux de terre ; à bord des navires ils étaient extrêmement rares et toujours plus maniables. La forme comateuse, plus ou moins précédée de convulsions, était de beaucoup la plus commune.

La *fièvre bilieuse hématurique*, infiniment plus grave à Madagascar qu'au Tonkin, a fait quelques victimes. Les cas se sont présentés par séries, à des intervalles assez longs ; on peut compter 1 mort sur 2 atteints.

La *dysenterie* s'est montrée à l'arrivée du gros de l'expédition ; au début, elle était relativement rare. Elle s'est développée comme elle le fait toujours dans les agglomérations humaines, toutes les fois que les conditions hygiéniques laissent à désirer. Les abcès du foie et les hépatites en ont été assez rarement la conséquence.

La *fièvre typhoïde* s'est montrée, comme d'ordinaire dans les pays chauds, sous forme rémittente. C'est, à n'en pas douter, une association du germe paludéen et de l'infectieux typhique constituant cette maladie hybride qu'on a désignée sous le nom de typho-malaria. Elle a fait bon nombre de victimes ; elle est d'autant plus terrible que la quinine reste sans action efficace, et que les antiseptiques intestinaux ne peuvent atteindre les infectieux qui semblent cantonnés dans la rate et les ganglions lymphatiques.

La *tuberculose* a fait des progrès rapides chez

tous ceux qui en avaient les germes; la moindre tare a été bien vite dévoilée. De jeunes soldats de 21 à 23 ans n'ayant sans doute présenté à l'auscultation aucun signe évident, sont morts tuberculeux, en subissant les variations atmosphériques d'un climat chaud et humide.

Le *coup de chaleur* s'est montré dans les marches forcées et au passage de la mer Rouge. On ne trouvera pas dans les statistiques un grand nombre de décès sous cette rubrique, parce que le coup de chaleur n'a été, assez souvent, qu'un élément surajouté.

Le *tétanos* est venu apporter son appoint à la statistique obituaire principalement dans les mois de mai et de juin, précisément à l'époque où les mulets et les chevaux venaient d'être débarqués. Tous les cas observés ont été suivis de mort, dans un espace de temps très court, vingt heures en moyenne.

Les *blessures de guerre* n'ont occasionné que très peu de décès, mais il y a eu des traumatismes de différents ordres ; il suffira de signaler ces ulcères phagédéniques survenant à la suite de la moindre écorchure, sur les Arabes en particulier. L'ulcère malgache ne le cède en rien par la gravité et l'horreur à l'ulcère annamite.

Il résulte de tous ces faits que si l'action du sol et du climat a joué un grand rôle dans la mortalité, les conditions hygiéniques mauvaises ont grossi considérablement la proportion des malades et des morts.

(*Annales d'hygiène publique.*)

REPORTAGE MÉDICAL

Nous avons assisté, le jeudi 16 janvier, au banquet offert, à l'hôtel Continental, à Monsieur le professeur Lannelongue, à l'occasion de son élection à l'Académie des sciences, par ses élèves et par ses amis. Ils étaient nombreux et comptaient toutes les notabilités médicales. M. le doyen a fait, avec quelqu'emotion et avec son esprit habituel, un compliment à son ami; sont venus ensuite, le secrétaire général de l'Association, M. Lereboullet, très applaudi, puis les élèves. M. *Lannelongue*, visiblement touché et obéissant aux sentiments les plus intimes, a prononcé une éloquente allocution, accueillie par les bravos répétés de l'auditoire. Sûrement il conservera, lui et les siens, le souvenir de cette belle fête amicale.

— *La protestation des étudiants de Montpellier contre les privilèges des étudiants étrangers.* — Le 4 décembre 1895, les étudiants en médecine de la Faculté de Montpellier se sont réunis en assemblée générale, afin de s'entendre sur les mesures de protection à réclamer contre le préjudice causé aux études et à la profession par l'invasion des étudiants étrangers.

Nous nous faisons un plaisir et un devoir d'applaudir à leur initiative, et de publier les conclusions qu'ils ont soumises à l'adoption de leurs camarades des autres Facultés.

« I. — Exiger les baccalauréats français des jeunes gens étrangers qui s'inscrivent dans les Facultés des sciences pour poursuivre les études médicales, après l'obtention du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

« II. — Exiger la qualité de Français pour se présenter aux concours d'internat des hôpitaux, comme cela a lieu pour les concours dans les Facultés. Les hôpitaux n'étant qu'indirectement sous la dépendance de l'Etat, prier les administrations des hospices de faire remplir les postes d'interne par des élèves français ou naturalisés français.

« III. — Délivrer aux étrangers un diplôme de docteur qui ne leur permette pas de s'établir en France, comme cela est pratiqué à l'étranger ; ou exiger la naturalisation immédiate de tous les étrangers qui veulent exercer chez nous. »

« Ces conclusions sont des vœux que nous allons faire valoir, pour essayer d'en obtenir la réalisation. Et pour que ces vœux ne soient pas l'expression isolée d'un groupe d'étudiants, mais au contraire l'écho des revendications générales de tous les médecins français, il faut que vous répondiez à notre appel pour nous unir ensemble dans un effort commun. »

Nous avons dit notre sentiment à cet égard : *admettre les étrangers à tous les grades et sans nous occuper de leurs études antérieures, mais à condition que cela soit à titre purement honorifique et n'entraîne aucun droit à l'exercice chez nous.* — Pour être plus libérale, notre solution n'en serait pas moins protectrice.

— *Société des méthodes pastoriennes.* — Par devant un notaire de Paris a été passé, ces jours derniers, l'acte de constitution d'une Société nouvelle qui intéresse la science médicale à divers titres, et suggère plus d'une réflexion.

Cette société a pour objet :

1° L'édification, à Paris, et l'exploitation d'établissements destinés à l'hospitalisation de malades traités par application des méthodes de l'Institut Pasteur et en général à la diffusion de ces méthodes ;

L'acquisition, à cet effet, de tous immeubles et notamment d'une grande propriété située à Paris, rue Dutot, n°s 22, 24, 26 et 28, aboutissant à la rue de Vaugirard sur laquelle elle porte les n°s 205 et 215 ;

2° L'acquisition, par tous modes et à tous titres, de tous immeubles construits et non construits et l'édification, sur tout ou partie des terrains, de constructions quelconques, la mise en valeur, la vente et l'échange des immeubles de la société ;

3° Et généralement toutes opérations se rattachant par un côté quelconque à l'objet de la présente Société et au développement des méthodes pastoriennes.

La durée de la société est fixée à quatre-vingt-dix-neuf ans. Le capital social est fixé à 10.000 fr., divisés en cent actions de 100 francs, qui ont été souscrites par dix personnes et libérées complètement le 17 décembre dernier. Le siège social de la Société est à Paris, rue Dutot, 25.

La Société est administrée par un conseil composé de trois membres au moins et de cinq au plus, nommés par l'assemblée générale. Les administrateurs sont nommés pour six ans. Dans la réunion de constitution qui a été tenue hier, ont été nommés administrateurs : MM. Duclaux, J. B. Pasteur, Emile Roux et Vallery Radot.

Les produits nets de la Société, déduction faite de toutes les charges, constituent les bénéfices sur lesquels il sera prélevé : 1° 5 p. 100 pour constituer la réserve légale ; 2° la somme nécessaire pour servir 3 p. 100 aux actionnaires. L'assemblée générale décidera, s'il y a lieu de distribuer tout ou partie du surplus des bénéfices aux actionnaires ou si, au contraire, ces bénéfices doivent être laissés dans la Société et employés au développement des opérations.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4.056. — M. le docteur Forst, des Rosiers-sur-Loire (Maine-et-Loire), membre de l'Association médicale de Maine-et-Loire et membre du Syndicat de l'arrondissement de Saumur.

N° 4.057. — M. le docteur Good, de la Motte-Saint-Héraye (Deux-Sèvres), membre de l'Association et du Syndicat des médecins des Deux-Sèvres.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Paillé, de Castres (Tarn) et Mouly, de Mailly-le-Château (Yonne), membres du Concours Médical.

Le Directeur-Gérant : A. GEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 5 1er Février 1896

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le projet de loi sur la protection de la santé publique.

Un trop grand nombre de médecins s'obstinent, encore, à nier l'action utile des grandes mesures d'hygiène publique, pour que nous résistions au désir de forcer leur conviction par la publication du tableau ci-dessous :

Nombre des décès survenus à Paris en 1895.

	Fièvre typhoïde	Variole	Rougeole	Scarlatine	Coqueluche	Diphtérie
Janvier	11	3	4	8	17	48
Février	9	2	20	13	26	47
Mars	13	2	24	18	43	45
Avril	21	»	32	13	43	36
Mai	13	1	64	23	55	38
Juin	25	2	93	25	52	14
Juillet	22	1	138	21	55	25
Août	30	3	87	16	37	23
Septembre	43	1	49	9	40	20
Octobre	34	1	22	11	26	28
Novembre	24	»	70	12	14	38
Décembre	26	1	76	0	11	73
Total 1895	271	17	679	178	419	435
1894	697	166	993	151	255	1009
1893	570	269	677	177	508	1266
1892	691	42	909	158	334	1403
1891	476	39	983	202	332	1361
1890	656	76	1495	223	491	1658
Moyne anelle (1880-1889)	1598	544	1188	236	433	1840

On voit que la fièvre typhoïde, après avoir donné, à Paris, une moyenne annuelle de décès de *1598* pour la période de 1880-1889, de *614* pour les cinq années suivantes, n'a plus causé, l'année dernière, que *271* morts, c'est-à-dire, *six fois moins* qu'il y a dix ans.

Certes, nous ne refusons pas d'attribuer une partie de ces heureux résultats au progrès de la thérapeutique. Peut-être aussi, nous sommes-nous trouvés en présence de circonstances très favorables, de ce que l'on appelait autrefois d'une constitution médicale, exceptionnellement bonne

Mais, si l'on réfléchit que c'est depuis 1890 que des efforts considérables ont été faits pour l'amélioration des logements, pour l'approvisionnement en eaux potables, pour la désinfection des locaux et objets contaminés, on est bien plus porté à penser que l'hygiène publique de la capitale est en droit de revendiquer cette colossale diminution de la léthalité par fièvre typhoïde.

Les chiffres qui concernent la variole et la rougeole, appellent les mêmes observations, si, tout en tenant compte de quelques poussées et fluctuations, on considère les choses dans l'ensemble. Il est clair que la vaccination, l'inspection médicale des écoles, l'isolement et la désinfection, ont été les facteurs principaux de ce recul si accentué.

La marche de la scarlatine accuse aussi, quoique de façon bien moins tranchée, l'action bienfaisante de l'hygiène.

Enfin la léthalité, par diphtérie, avait déjà diminué progressivement de près de moitié, sous l'influence de ces mêmes mesures, quand l'application du sérum de Roux, généralisée en 1895, est venue la réduire au quart de son ancien chiffre.

Seule, la coqueluche continue à faire le même nombre de victimes. Et pourquoi ? Parce qu'elle est justiciable d'un isolement absolu, que les préjugés sur son innocuité relative, et des difficultés de toute sorte, rendent presque irréalisable.

En somme, l'année 1895 a fourni, à Paris, pour les six maladies contagieuses, dont nous parlons, le tiers (!) du chiffre de décès qu'elles occasionnaient, en moyenne, il y a une douzaine d'années.

Voilà les faits : ils sont absolument édifiants, et aussi très suggestifs. Il est bien évident, en effet, que le souci de la préservation de la santé publique, nous oblige, nous médecins, à étendre sur tous les points de la France, cette guerre acharnée aux maladies de plus en plus nombreuses, qui se classent comme *évitables*. Notre concours doit être acquis d'avance à toute admi-

nistration, qui veut se mettre en campagne pour cette croisade ; c'est une question de conscience et de patriotisme, et cette considération suffit.

Mais n'avons-nous pas le droit, en revanche, de jeter un regard inquiet sur l'avenir professionnel que nous allons nous faire ?

Réduire des deux tiers, ou de moitié, dans toute la France, comme à Paris, le nombre des maladies, qui étaient notre gagne-pain !! C'est un rude sacrifice à accepter de gaieté de cœur, à l'heure même où l'encombrement de la carrière prend les proportions les plus alarmantes !

L'Etat, qui entreprend pareille tâche, devra se préoccuper de rétribuer ceux qui seront ses agents, c'est-à-dire les médecins. S'il ne veut pas, en faisant voter le projet de loi sur la protection de la santé publique, décréter la spoliation brutale et la ruine immédiate de ce corps médical, qui s'est montré si généreux et si spontanément désintéressé envers le pays et la société, s'il veut obtenir que nous rendions, comme *hygiénistes*, tous les services que nous ne pourrons plus rendre comme thérapeutes, il doit prévoir, dès aujourd'hui, des dépenses suffisantes pour l'application de sa loi.

Nous nous saignons déjà aux quatre membres, en vue de l'assistance médicale organisée par la loi de 1893 : si le projet sur la santé publique ne nous apporte pas de compensations pécuniaires proportionnelles au préjudice causé, c'en sera fait de nous.

Au moment où notre maître, M. le Professeur Cornil, se prépare à soumettre au Sénat l'avis de la Commission, il nous paraît indispensable d'appeler l'attention sur ce *léger* détail dont les conséquences nous semblent devoir être pour nous une question de vie ou de mort.

Qui veut la fin veut les moyens.

Mais si ce côté de la question ne peut nous trouver indifférents, il ne faut pas laisser croire que nos associations professionnelles, et en particulier nos Syndicats, sont hostiles aux progrès de l'hygiène publique. Cela s'est dit, paraît-il.

A tous ceux qui furent les initiateurs de ce grand mouvement actuel MM. Napias, A. J. Martin, Brouardel, Rochard, etc., etc...., nous ne saurions trop répéter ceci :

« Utilisez tout notre concours, tout notre dévouement à la chose publique ; escomptez hardiment notre initiative. Seulement, réclamez en même temps, pour nos services, la rémunération strictement nécessaire qui empêchera de crier au suicide professionnel. »

Dr JEANNE.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le diagnostic de la rougeole.

Le diagnostic de la rougeole n'est pas toujours simple, même quand l'éruption est nettement déclarée ; tous les exanthèmes papuleux généralisés ne sont pas des rougeoles, et c'est parce qu'on se trompe fort souvent dans ce diagnostic que l'on cite de temps en temps des cas de rechutes et de récidives de la rougeole. MM. Chauffard et Lemoine ont présenté récemment à la Société médicale des hôpitaux des observations de rechutes et de récidives de rougeole que M. Comby a vivement combattues, en faisant remarquer que nombre d'exanthèmes morbilliformes étaient considérés généralement à tort comme des rougeoles.

« Sur plus de 700 malades que j'ai observés l'an dernier à l'hôpital Trousseau (pavillon des rougeoles), dit M. Comby, pas un seul n'a présenté de rechute, ni de récidive. En revanche, plus de 5 pour 100 (35 à 40 cas) de ces enfants avaient été envoyés par erreur au pavillon de la rougeole, les uns n'ayant que des érythèmes pathogénétiques (serum, antipyrine, iodoforme), les autres ayant la rubéole.

« Plusieurs fois j'ai pu relever séance tenante l'erreur commise grâce à l'absence de l'*énanthème buccal*, qui, pour n'avoir rien de spécifique, est si constant dans la rougeole qu'il en acquiert une valeur presque pathognomonique.

« Cet énanthème buccal, contemporain de l'exanthème, naissant et mourant avec lui, est représenté par une rougeur avec gonflement des gencives et par un enduit pultacé plus ou moins étendu.

« Telle est la *stomatite érythémato-pultacée* sur laquelle j'ai déjà appelé l'attention et sur laquelle je reviens à l'occasion de ce débat. Eh bien ! quand on soumet à ce criterium les érythèmes morbilliformes les plus divers, on voit qu'ils sont faciles à distinguer de la rougeole, dont ils ont pris le masque.

« Dans la rougeole, il y a toujours une stomatite érythémato-pultacée plus ou moins marquée ; dans les érythèmes morbilliformes, cette stomatite fait défaut.

« Si l'on voulait bien regarder dans la bouche de tous les enfants soupçonnés de rougeole, on pourrait plus facilement qu'autrefois faire le départ entre les vraies et fausses rougeoles.

« Si cet examen n'a pas été fait, je serais en droit de contester la réalité des prétendues rechutes ou récidives qui ont été publiées ; car, pour ma part, je n'ai jamais vu un seul cas indiscutable de ces retours de la rougeole. »

Nos anciens maîtres insistaient sur la nécessité de bien inspecter la bouche des rubéoleux ; n'oublions jamais de nous conformer à ce conseil ; c'est un excellent moyen d'éclairer notre diagnostic et notre pronostic.

Le mode de contagion de la scarlatine.

Dans un article du *Concours médical* de 1894, nous avons étudié rapidement la scarlatine et son traitement, et nous avons insisté sur la nécessité de désinfecter soigneusement la gorge et la bouche des scarlatineux. MM. Le Gendre, Lemoine, Sevestre, viennent d'apporter à cette opinion l'appui de leur grande autorité à propos d'une discussion sur le mode de contagion de la scarlatine. La scarlatine est contagieuse tardivement, disait-on généralement : elle est contagieuse seulement par les squames. Grave erreur, disent ces savants pœdiâtres. La scarlatine est contagieuse *dès le début par les exsudats de la gorge*.

Aussi, sans négliger les bains désinfectants, puisque les squames épidermiques, surtout au début de la desquamation, peuvent recéler le contage, devra-t-on porter toute son attention du côté de la cavité buccale et continuer les irrigations antiseptiques longtemps encore après la disparition de l'angine.

« Je suis persuadé, dit M. Sevestre, que la scarlatine est contagieuse dès le début, et même avant l'éruption, mais j'admets aussi que la contamination peut se faire à une période plus avancée et pendant la desquamation.

Quant à déterminer avec précision l'époque à laquelle le malade cesse d'être dangereux, cela est bien difficile à l'époque actuelle, et ne deviendra probablement possible que le jour où nous connaîtrons le microbe caractéristique.

En tout cas, je crois beaucoup à l'utilité de l'antisepsie buccale, et même cutanée, pour la prophylaxie de la scarlatine aussi bien que comme moyen de prévenir les infections secondaires. J'ai l'habitude de faire nettoyer avec soin la gorge, et de donner des bains antiseptiques, et il me semble que ces mesures peuvent empêcher la transmission de la maladie. »

La version de seconde main.

Par l'expression « version de seconde main », M. le professeur *Tarnier* entend la version qu'on est appelé à faire après des premières tentatives d'intervention faites par une sage-femme ou par un autre médecin. Souvent celui qui vous appelle a déjà rompu l'utérus et ne serait pas fâché de partager avec un confrère la responsabilité de l'accident, et même de laisser toute cette responsabilité audit confrère. Et, par le fait, il n'est guère possible, pour l'assistance, de se rendre compte, de savoir quel est le véritable responsable. Aussi, généralement, est-ce le dernier venu, celui qui a opéré dans un utérus déjà rompu, qui assume toute la responsabilité.

Aussi, lorsqu'on est appelé pour un cas de ce genre, est-il prudent d'examiner soigneusement l'utérus avec le doigt, et, si l'on rencontre une déchirure, de le dire, pour mettre sa responsabilité à couvert.

Il n'y a pas de branche de l'art médical qui soit plus difficile, ni plus dangereuse que l'obstétrique et la gynécologie et cependant, il y en a peu qui soient plus encombrées par les ignorants et les maladroits. Garde à nous donc ! quand nous prenons la responsabilité d'une intervention quelconque, méfions-nous toujours de ce que l'on a fait avant nous ; explorons avec soin et prenons toutes nos précautions pour sauvegarder notre réputation et puis celle du confrère malheureux qui a causé l'accident.

La hernie obturatrice.

Dans une très intéressante thèse, le Dr *Berger* étudie avec soin une variété de hernie qui passe pour rare et qui cependant se trouve assez fréquemment quand on sait bien la diagnostiquer. La hernie obturatrice se rencontre plus souvent chez la femme que chez l'homme, elle survient à tous les âges, même dans l'enfance. Elle est plus fréquente à partir de 60 ans. Il n'y a pas de hernie, dont l'étranglement ait été plus souvent méconnu que la hernie obturatrice : cela tient non seulement au siège profond du déplacement intestinal, qui ne constitue pas toujours une tumeur appréciable à la vue ou à la palpation, mais à la forme atténuée et fruste sous laquelle se présentent, dans bon nombre de cas, les accidents.

Le diagnostic avec les abcès migrateurs de la région des adducteurs et avec les paquets variqueux des gros troncs veineux de la région, est habituellement facile ; mais, en supposant qu'on soit assuré d'avoir affaire à une hernie, tout le diagnostic n'est pas terminé.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une hernie siégeant dans cette région, il reste à savoir si on a affaire à une hernie obturatrice, à une hernie crurale, ou à une hernie périnéale.

Ce n'est qu'en recherchant attentivement le pédicule de la hernie, qu'en explorant le trajet herniaire, lorsque la réduction est effectuée, qu'on pourra se faire une juste idée de la variété de hernie à laquelle on a affaire.

La hernie crurale a son pédicule et son trajet au-dessus de la branche horizontale du pubis au côté interne des vaisseaux.

La hernie périnéale, chez la femme, fait saillie soit à la partie moyenne de la grande lèvre, soit par le détroit inférieur du bassin, et peut, par l'exploration vaginale, montrer son trajet qui contourne la face interne de la branche ischio-pubienne.

Dans la hernie obturatrice, le doigt déprime le pectiné et constate que l'orifice herniaire est situé dans l'angle que font la branche horizontale et la branche descendante du pubis.

Mais on se trouve le plus souvent en présence du cas suivant : des phénomènes d'occlusion intestinale existent, s'agit-il d'un étranglement interne ou herniaire ? La tumeur herniaire peut être méconnue quand la hernie dépasse à peine le niveau du trajet sous-pubien.

En pareil cas, les accidents qu'on observe sont le plus souvent rapportés à l'existence d'un étranglement interne. Aussi, avant de conclure à l'existence d'une occlusion intestinale ayant son siège dans l'intérieur même de l'abdomen, doit-on rechercher avec le plus grand soin tous les caractères qui peuvent révéler l'existence d'une hernie obturatrice ; un gonflement même peu marqué de la région des adducteurs peut mettre sur la voie ; le toucher vaginal, la sensibilité développée par la pression au niveau du trou sous-pubien, le signe de Romberg, ont une importance capitale. Il ne faudrait pas cependant croire infaillible le signe de Romberg : témoin le fait de Krönlein dans lequel la névralgie obturatrice dépendait d'une suppuration pelvienne.

Le signe de Romberg a une valeur considérable, mais il n'est pas absolument pathognomonique. L'hystérie, le rhumatisme des névralgies réflexes du nerf obturateur peuvent donner lieu à des douleurs irradiées à la partie interne de la cuisse.

Olshausen signale dans la paramétrite, la névralgie du fémoro-cutané et du crural, ce qui peut induire en erreur.

Quand une hernie crurale coïncidera avec une hernie obturatrice, on se souviendra que la hernie obturatrice est plus en bas et en dedans, et comme elle est recouverte par les muscles et plus profonde, elle n'est jamais pédiculée, et ne prend pas la direction de la hernie crurale vers l'anneau crural.

Dans la variété de hernie crurale dite pectinéale, le sac a traversé les fibres du muscle pectiné, d'où diagnostic presqu'impossible.

Le toucher vaginal peut, dans ce diagnostic différentiel, rendre d'immenses services.

La sensibilité au niveau des orifices interne et externe du trou sous-pubien, nous semble un signe caractéristique. Aussi ne saurions-nous trop recommander le toucher vaginal et rectal. L'histoire du malade, un examen approfondi et complet, la possibilité d'un étranglement par le trou sous-pubien permettront presque toujours de faire le diagnostic.

Toute hernie obturatrice reconnue sera traitée par l'opération le plus tôt possible, qu'il s'agisse de lever un étranglement dont elle est le siège ou de prévenir l'explosion d'accidents ultérieurs en pratiquant la cure radicale.

L'opération sera faite d'après les procédés de Trélat, Picqué, Englisch que nous croyons les meilleurs jusqu'à présent, mais elle sera surtout pratiquée par une incision aussi large que le cas l'exige, faite au niveau de la tuméfaction siégeant à la racine de la cuisse : le débridement en particulier doit autant que possible être fait à découvert, afin d'éviter la blessure des branches de bifurcations de l'artère obturatrice.

La laparotomie ne doit être faite qu'en cas de force majeure, en l'absence de tout diagnostic sûr et en présence de phénomènes indiscutables d'obstruction intestinale non réductible.

CHIRURGIE PRATIQUE

Syphilis du testicule,

Par M. A. Pascal.

Pendant un certain temps toutes les affections du testicule furent confondues. On sépara d'abord le cancer, mais ce ne fut qu'après les travaux de Hunter, de Benjamin Bell et de Hernandez, qu'il fut possible de séparer les orchites syphilitiques des autres orchites inflammatoires. Puis Ricord étudia la sclérose du testicule, Rollet la gomme dont l'étude fut complétée par M. Reclus.

La syphilis frappe le testicule une fois sur 30 d'après Fournier. Avec le foie, cette glande semble être le viscère le plus fréquemment atteint ; ce privilège serait dû, pour MM. Fournier et Reclus, à son activité fonctionnelle. Mais des causes pathologiques semblent aussi appeler la localisation spécifique : la blennorrhagie et la tuberculose pour Ricord, les traumatismes pour Verneuil et Reclus. Cependant tous les auteurs sont d'accord pour penser que, dans la grande majorité des cas, la syphilis frappe le testicule sans qu'on puisse invoquer une cause occasionnelle quelconque.

La syphilis héréditaire peut, comme l'a montré Hutinel, frapper le testicule, mais c'est une manifestation rare.

La syphilis acquise atteint le testicule à plusieurs époques de son évolution. En général, c'est au début de la période tertiaire que cette localisation se produit, donnant lieu à l'*orchite syphilitique*. Cependant la syphilis du testicule peut n'apparaître qu'en pleine période tertiaire, quatre ans, ou même dix et quinze ans après le chancre. Enfin, la syphilis peut se localiser au testicule dans la période secondaire, au cinquantième jour par exemple, contemporaine des autres manifestations de cette période ; mais c'est surtout alors l'épididyme qui est atteint.

Dron a démontré, en effet, l'existence de cette épididymite syphilitique : les lésions sont exclusivement limitées à l'épididyme et surtout au tissu cellulaire péri-épididymaire. Plusieurs raisons ont fait admettre cette manifestation secondaire : son apparition à la 2e période de la syphilis, l'influence heureuse du traitement, et sa tendance caractéristique, ainsi que toutes les lésions secondaires, à la résolution complète.

A la période suivante on trouve les deux processus généraux de la syphilis tertiaire : la sclérose et la gomme.

La sclérose paraît commencer par les vaisseaux, ainsi que Brissaud l'a soutenu. A l'infiltration embryonnaire du début, succède un tissu fibreux qui se rétracte. Les vaisseaux s'oblitèrent alors, les canaux séminifères sont comprimés, leur épithélium se détruit. Nous nous bornerons à ce résumé d'anatomie microscopique. Macroscopiquement, on constate d'abord fréquemment la *bilatéralité*.

Au début le testicule est augmenté de volume ; plus tard il sera réduit au contraire. A la vue on voit à sa surface des plaques plus ou moins dures, irrégulières, le testicule est comme « blindé » d'après Ricord.

L'épididyme disparaît souvent au sein des tissus voisins fibreux, épaissis, irréguliers ; ce qui le fait paraître allongé et dur.

A la coupe le testicule est rouge. La masse formée par les conduits séminifères est jaune. Le testicule est croisé par des bandelettes fibreuses, plus ou moins nettes, qui le parcourent, soit dans toute son étendue, soit surtout au niveau du corps d'Hygmore qui est fibreux. Ces cloisons vont adhérer à la face profonde de l'albuginée qu'il est impossible de détacher.

La vaginale est quelquefois altérée ; les deux feuillets peuvent être réunis par des tractus, pouvant entraîner la symphyse. Le plus souvent aussi, au moins au début, il y a un épanchement vaginal, hydrocèle sur la fréquence de laquelle Nélaton a le premier appelé l'attention.

La gomme du testicule apparaît, au début, comme une petite granulation formée par un amas de cellules embryonnaires, c'est le *follicule syphilitique* de Brissaud. Ces granulations se réunissent et forment une gomme dont la structure a été étudiée par Malassez et Reclus, mais sur laquelle nous ne nous étendrons pas, car ce n'est pas le but de ce travail.

Comment ces deux processus, sclérose et gomme, se disposent-ils pour déterminer les formes anatomiques de la syphilis tertiaire ? Nous distinguerons plusieurs types.

Le type le plus commun est celui où les deux processus se réunissent, mais avec prédominance de la sclérose : c'est l'*orchite scléreuse des classiques*, l'*orchite scléro-gommeuse de Reclus*. Mais les degrés de ces deux sortes de lésions sont variables ; tantôt la sclérose l'emporte et tantôt la gomme domine le tableau, créant un second type. Enfin, la syphilis frappe quelquefois l'épididyme.

Nous décrirons donc, au point de vue clinique, trois types principaux : l'*orchite scléro-gommeuse* d'une part, la *sclérose* et la *gomme* du testicule d'autre part, enfin, l'*épididymite syphilitique*, réservant un court tableau à la *syphilis testiculaire de l'enfant*.

L'épididymite syphilitique a été étudiée pour la première fois par Dron. Le début peut être si insidieux qu'on ne s'aperçoit que par hasard de

la présence de noyaux agglomérés de la grosseur d'un pois ou d'une olive, même d'une petite noix, au niveau de l'épididyme. Quelquefois cependant le début est brusque, douloureux. La tumeur, élastique au début, devient ensuite tellement dure qu'elle semble presque cartilagineuse lorsque l'affection est ancienne. L'induration siège surtout à la tête de l'épididyme, rarement à la queue. La bilatéralité est aussi fréquente que l'unitéralité. Le canal déférent n'est jamais atteint; il n'y a pas non plus d'épanchement vaginal. A la pression, la nodosité est le plus souvent indolente. Aucun autre trouble fonctionnel n'est à noter ; la fonction spermatique ne paraît même pas gênée. A côté de ce tableau classique il peut y avoir des formes un peu variables: soit une inflammation vaginale qui se manifeste par de la douleur et un léger épanchement vaginal, soit une propagation aux éléments du cordon qui se présente gros, épaissi et même irrégulier. D'après quelques auteurs, il y aurait fréquemment invasion du testicule.

L'*orchite scléro-gommeuse* présente deux formes: une forme lente ; une forme aiguë.

Dans la forme lente le début est insidieux ; c'est par hasard, souvent à la suite d'un traumatisme invoqué par le malade, que l'on s'aperçoit des lésions déjà existantes ; quelquefois cependant, il y a vers les bourses une sensation de pesanteur, de gêne, de tiraillements, qui appelle l'attention.

La maladie constituée, la glande est augmentée de volume, d'une forme irrégulière. Il est impossible d'établir comme à l'état normal des limites entre le testicule et l'épididyme. Le testicule est dur, d'une dureté ligneuse, sauf en certains endroits où la glande est saine ; le doigt reconnaît à sa surface l'existence de plaques irrégulières très dures : le testicule est comme « *blindé* », dit Ricord.

D'autres fois, on trouve de grosses saillies extrêmement dures, ou bien de petites élevures qui viennent effleurer la surface du testicule et lui donnent l'aspect d'un ovoïde recouvert par des grains de plomb.

Mais le testicule peut être absolument lisse ; dans 6 cas il n'est pas augmenté de volume dans tous ses diamètres : il est « amplifié », dit Fournier, mais cette amplification porte sur la longueur surtout : la glande est aplatie latéralement comme un « galet ».

Un des meilleurs caractères, c'est l'indolence ; l'examen ne provoque aucune douleur, sauf là où la consistance du testicule, résistante, révèle une partie de la glande, qui n'a pas été lésée. On a pu dire avec Reclus que la douleur était en raison inverse de la dureté.

Le testicule lourd tiraille sur le cordon, éveillant une sensibilité calmée par la suspension.

Ou le canal déférent n'a rien, ou on le trouve uniformément augmenté de volume, dur, cassant, indolore. Rappelons que ces lésions, à la période d'état, sont le plus souvent bilatérales.

L'examen du testicule est quelquefois marqué par un épanchement vaginal ; très fréquent au début, il disparaît souvent ; on peut dire qu'il existe dans la bonne moitié des cas. Il est toujours peu considérable.

Les bourses elles-mêmes ont perdu leur souplesse : elles sont épaissies ; plus ou moins dures ; la vaginale peut être cloisonnée, adhérente.

Si au début les fonctions peuvent demeurer normales, plus tard, au contraire, elles sont fort compromises et définitivement si les deux testicules sont pris. C'est l'impuissance due à une véritable « castration sous-albuginée », d'après l'expression du professeur Fournier.

L'évolution de cette orchite est très lente. Laissé sans traitement, le testicule se ratatine, revient sur lui-même, et à un moment donné, on ne trouve plus à sa place qu'un noyau dur, irrégulier, perdu dans les bourses, c'est un « haricocèle » disait Ricord.

L'*orchite infantile* due à la syphilis héréditaire a été bien décrite par Hutinel, quoiqu'elle eût été déjà vue avant lui ; elle revet à peu près les caractères de la forme que nous venons de décrire et la *bilatéralité* des lésions est la règle. L'épididyme est souvent indemne. La tumeur est très dure, indolente.

La forme aigue, décrite par Ricord, puis méconnue par cet auteur, a été étudiée par Reclus. Le testicule seul est ordinairement pris ; il devient douloureux, spontanément et à la pression ; il augmente de volume. Les bourses deviennent rouges, épaisses, adhérentes entre elles. Elles cachent quelquefois le testicule, impossible à reconnaître. Il se produit souvent un épanchement vaginal.

Cette phase aiguë passée, le testicule présente les caractères de la forme lente et seuls les renseignements permettent au chirurgien d'affirmer son existence.

Les gommes du testicule se développent à la surface de la glande, toujours sur un testicule scléreux d'après Reclus. Pour cet auteur la gomme n'est qu'une terminaison de l'orchite scléro-gommeuse. Aussi nous ne la décrivons à part que pour bien marquer sa symptomatologie, car souvent c'est la gomme avec son évolution particulière qui appelle l'attention sur un testicule syphilitique scléreux, qui avait passé inaperçu.

La suppuration syphilitique du testicule se présente sous deux formes : la gomme et le fongus.

Les gommes se produisent à la surface sous forme de bosselures plus ou moins régulières, très dures. Le testicule devient gros, les enveloppes s'épaississent, deviennent rouges, irrégulières, adhérentes ; les douleurs s'irradient vers l'abdomen, suivant le trajet des nerfs qui vont au testicule. La gomme s'accompagne ainsi d'une rougeur spéciale de la peau, de tuméfaction et de douleur, n'est pas fluctuante, mais au contraire ferme et dure. C'est par *poussées successives* que la gomme procède souvent : tous les phénomènes s'amendent, puis reparaissent. Enfin, à un moment donné, le testicule devient adhérent à ses enveloppes, un tubercule se forme, surtout à la partie antérieure du scrotum ; si le traitement n'intervient pas, cette saillie devient mollasse et la suppuration s'établit.

Par l'ulcération ordinairement peu étendue, s'écoule une masse jaunâtre qu'on enlève avec une pince sous forme de larges bandelettes d'une substance d'apparence fibreuse, parsemée de petits points jaunâtres. Peu à peu la profondeur de l'ulcération augmente, la suppuration s'accroît, et enfin diminue, laissant place à un liquide séreux, jaunâtre ou incolore, s'écoulant par l'ouverture. Les bourses se ratatinent, et un

cordon fibreux demeure comme vestige de ce qui fut le testicule.

Le *fongus bénin*, dont la nature syphilitique avait été soupçonnée par Gosselin et démontrée par Rollet, se présente sous deux formes : le fongus superficiel et le fongus profond. Le fongus superficiel revêt lui-même deux formes : tantôt c'est une gomme du scrotum qui ne fait qu'irriter l'albuginée, qui va constituer le fond de l'ulcération. Tantôt, au contraire, l'ulcération superficielle est assez large pour que le testicule y passe : on a alors une hernie du testicule.

Le fongus profond est produit par une gomme du testicule lui-même. L'albuginée ulcérée laisse passer les tubes séminifères. La glande se vide, s'élimine par cette ouverture.

Quant à la cause qui fait qu'une gomme du parenchyme évolue en produisant du tissu gommeux ou le fongus, elle nous échappe.

Le pronostic de cette affection tient surtout à l'étendue des lésions : la bilatéralité entraîne la perte de la fonction glandulaire et partant l'impuissance. La disparition des spermatozoïdes, constatée au début, peut ne pas être absolument définitive, ainsi que le témoignent des observations de MM. Monod et Terrillon par exemple. Malgré tout, l'avenir de la glande est souvent très sérieusement engagé, malgré la thérapeutique instituée.

Quelles sont les affections que l'on peut confondre avec la syphilis du testicule ? L'épididymite syphilitique est à différencier de l'épididymite tuberculeuse. Celle-ci se localise à l'épididyme de préférence. Les noyaux sont moins durs ; ils sont moins isolés les uns des autres ; le testicule, le canal déférent sont souvent pris, de même que la prostate et les vésicules séminales. Le testicule est douloureux : les antécédents et le traitement spécifique éclaireront le diagnostic.

Les noyaux d'*épididymite inflammatoire*, d'origine uréthrale, se caractérisent par leur siège au niveau de la queue de l'épididyme presque exclusivement et parce que le canal s'en détache immédiatement sous la forme d'une anse.

L'*orchite syphilitique* ne doit pas être confondue avec l'orchite tuberculeuse, car le diagnostic est en général facile. Dans la tuberculose le testicule est rarement pris le premier, c'est l'épididyme ; la glande est douloureuse ; dans la syphilis elle est indolente. Au lieu de plaques « de blindage », on trouve dans la tuberculose des noyaux à limites mal définies et relativement mous. Puis la lésion est unilatérale le plus souvent.

Le diagnostic se posera dans le cas de *tumeur maligne*. Le *lymphadénome* peut être bilatéral, il frappe surtout le testicule, épargnant l'épididyme. Mais il est absolument indolent, il n'y a pas de blindage ; il est moins dur. Le traitement spécifique n'a aucune action.

Les autres tumeurs du testicule sont plus faciles à diagnostiquer. Elles sont moins dures que le testicule syphilitique ; s'il y a des noyaux durs il y en a d'autres très mous. Il y a des douleurs. La cachexie ne tarde pas, car leur marche est rapide. Les lésions sont unilatérales. Le traitement spécifique est sans effet.

Il est quelquefois extrêmement difficile de diagnostiquer l'*hématocèle vaginale* du testicule syphilitique, d'autant plus que celui-ci s'accompagne souvent d'un hydrocèle symptomatique qui gêne l'examen et qu'il faudra vider au préalable. Une ponction capillaire inoffensive est souvent indispensable pour empêcher une erreur.

Le diagnostic de *la gomme* est le plus souvent facile. La tuberculose siégeant surtout à l'épididyme, la suppuration se fait surtout en arrière. Au lieu des masses caractéristiques que nous avons vues, ce sont des matières caséeuses qui s'éliminent avec du pus. Le cordon moniliforme de la tuberculose, joint aux noyaux tuberculeux si fréquents de la prostate, permettront de faire rejeter le diagnostic de syphilis.

Le fongus syphilitique sera distingué du *fongus tuberculeux* par les commémoratifs, l'examen du cordon, de la prostate, l'influence du traitement spécifique, car à la vue seulement le diagnostic sera souvent délicat, bien que dans le fongus tuberculeux la peau soit souple et que sa surface soit baignée d'un liquide ichoreux.

Le *fongus cancéreux* sera facile à diagnostiquer. Quel est le traitement de la syphilis du testicule ? C'est celui de la syphilis.

« Dès la première semaine l'influence curative s'annonce d'une façon appréciable. Et, « dans les cas moyens, 3, 4, 5 semaines au plus, « suffisent pour rendre au testicule dégénéré « son volume et sa souplesse physiologique. »

Il faut procéder de la façon suivante.

Prescrire le traitement mixte, en commençant par 1 gr. 50 ou 2 grammes d'iodure de potassium, et en élevant la dose de 1 gramme tous les deux ou trois jours, jusqu'à 8 ou 10 grammes, si la résolution ne se fait pas. En même temps, surtout si la syphilis n'est pas ancienne, on prescrira 0 gr. 10 centigr. par jour de protoiodure de mercure. Dans les cas de syphilis ancienne, l'iodure seul peut suffire ; on est toujours à temps d'avoir recours au mercure si la lésion se montrait rebelle.

Sous l'influence du traitement les lésions peuvent s'arrêter, s'atténuer, au point que les spermatozoïdes reparaissent dans le sperme, soit que des parties de la glande aient été conservées, soit que les canaux séminifères soient désobstrués par la résorption d'une gomme qui les comprimait.

Le traitement local n'a qu'une importance secondaire, sauf dans le cas de fongus, pour lequel on a conseillé l'excision ou la cautérisation des masses bourgeonnantes. Mais nous rejetons ces interventions, le traitement général spécifique suffisant à faire tous les frais de la thérapeutique.

A. Pascal.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les étudiants en médecine étrangers et les médecins d'origine étrangère.

Nous venons de recevoir la lettre suivante :

Monsieur le Directeur,

Les Etudiants en médecine, membres de l'association générale des étudiants de Paris, réunis pour discuter les mesures à prendre, à l'égard des étudiants étrangers, se sont arrêtés aux dispositions suivantes :

I° Les étudiants étrangers, avant de prendre leur première inscription, devront présenter un certificat d'études supérieures, obtenu après un examen devant un jury composé de professeurs d'une Faculté française.

II° Au moment de s'inscrire à la préfecture du département où ils ont l'intention d'exercer, les docteurs en médecine devront déposer :

1° Les pièces établissant leur qualité de français.

2° Le diplôme français de docteur en médecine.

3° Tous les diplômes exigés des étudiants français au moment de leur première inscription.

Aucune exception aux dispositions précédentes ne sera admise.

Sur la question de l'entrée des étrangers dans les facultés françaises, nous avons pensé que l'équivalence accordée dans les conditions actuelles, était une garantie insuffisante d'études supérieures et que, d'autre part, il serait exagéré d'exiger des étrangers les diplômes demandés aux étudiants français.

Sur la question de l'exercice de la médecine, nous estimons juste de soumettre les étrangers aux mêmes exigences que les docteurs français. — Ils devront au moment de s'établir, avoir obtenu la naturalisation qu'il est impossible de leur imposer au moment où ils commencent leurs études, étant donné les conditions exigées par la loi du 26 juin 1889 sur la naturalisation. (La naturalisation peut être accordée : 1° après 3 ans de domicile autorisé.............................. 4° aux étrangers qui justifient qu'ils résident en France depuis 10 années sans interruption.

Nous avons réservé la question des concours qui relève uniquement de l'assistance publique de Paris, des municipalités ou d'administrations diverses.

Agréez, etc.

Les membres de la section de médecine de l'Association générale des étudiants de Paris.

Nous pensons qu'il est grandement temps que le Doyen et le Conseil de la Faculté, procèdent à un examen approfondi de cette intéressante question et arrêtent les mesures que comporte la situation, qu'un de nos collaborateurs a exposée dans le dernier numéro du *Concours*.

Nous reproduisons avec empressement l'article ci-dessous, dans lequel le Dr F. Merlin, de Saint-Etienne, présente, en excellents termes, aux lecteurs de la *Loire Médicale*, l'œuvre de prévoyance et de mutualité créée en 1893 par la Société du Concours, et nous remercions vivement notre confrère de cet acte d'utile propagande.

L'Association amicale des médecins français, pour l'indemnité maladie.

A une époque où se multiplient désespérément les associations, sociétés ou syndicats de tous genres, il est utile de mettre en relief les œuvres vraiment sérieuses. Je n'en connais pas, pour le corps médical, de plus intéressante que la nouvelle Association qui fonctionne depuis deux années à peine, et que la majorité de nos confrères ignorent encore. Elle mérite cependant d'être connue cette association amicale ; et sa prospérité, son succès seront certains quand tous les médecins français en sauront le fonctionnement et les avantages.

Elle est due à l'initiative de quelques membres zélés du Concours médical, cette autre société civile créée pour la défense des intérêts professionnels, il y a longtemps déjà et dont les services sont de premier ordre.

La nouvelle association a pour principe et pour but l'assurance contre la maladie, et donne le droit absolu à tout médecin adhérent, quelle que soit sa position de fortune ou sa situation professionnelle, de toucher pendant deux mois, une indemnité de 10 francs par jour, et 100 francs par mois si la maladie se prolonge ou si l'incurabilité devient manifeste.

Elle est basée comme toutes les assurances similaires sur des données statistiques très précises, et laisse seulement, comme imprévu, de nouveaux avantages à offrir à ses membres, quand les adhésions seront nombreuses.

L'assurance comporte deux combinaisons : la première ne comprend que des médecins de 25 à 65 ans. A ce dernier âge, le sociétaire ne payant plus sa cotisation, n'a plus droit à l'indemnité en cas de maladie. La deuxième combinaison comprend des médecins de tout âge (avec admission également limitée entre 25 et 65 ans) et donne droit à l'indemnité pendant toute la vie.

Les formalités d'admission sont très simples. Je transcris textuellement, à ce sujet, l'art. 16 des statuts.

« Pour être admis dans la société (1), tout candidat doit présenter : 1° un certificat d'examen médical délivré par un médecin que lui désigne le Conseil d'administration ; 2° il doit présenter, ainsi qu'il est dit à l'art. 7, une déclaration d'âge signée par lui ; 3° il doit déclarer à laquelle des deux combinaisons, A ou B, il entend adhérer. Le Conseil d'administration prononce sur son admission. »

Veut-on avoir quelques notions sur la prime à verser ? A 30 ans, un médecin qui s'assure pour la vie entière paie annuellement 72 francs ; à 50 ans, il en paiera 114. Dans la première combinaison, ces chiffres tombent à 54 et 89 francs. Il est d'ailleurs toujours possible de ne souscrire qu'une demi-prime pour ne s'assurer qu'une demi-indemnité. De même, quand les sociétaires seront au nombre de 300, l'assemblée générale pourra autoriser le versement de cotisation double, pour s'assurer double indemnité (art. 22).

On le voit, avec une somme relativement minime, la situation matérielle est assurée aux invalides de notre profession. Et dans ce temps de pléthore, de folie médicale, avec les difficultés qui s'accumulent chaque jour plus nombreuses, il est urgent, pour le plus grand nombre, de prévoir l'avenir. Les médecins (et ils sont légion, hélas !) dont la seule fortune réside dans un diplôme, n'ont-ils pas le devoir d'y songer ?

On me répondra peut-être que l'Association générale, qui ne demande que 12 francs par an, est désormais assez riche pour secourir ses membres malheureux. Cette objection, la seule vraiment qu'on ait à m'opposer, me permet de préciser le caractère de l'association nouvelle. L'indemnité allouée par elle, en cas de maladie, devient un *droit* ; ce n'est plus un *secours*, et réclamer un droit n'est jamais ni désagréable, ni pénible, ni humiliant. Il est à peine besoin d'insister. A Paris, semblable association fonctionne depuis des années. L'Association provinciale, qui date de 1894, possède près de 300 adhésions et un capital de 25.000 francs. Ce résultat est sérieux et encourageant pour un premier exercice.

Faut-il ajouter, en terminant, que le rouage administratif de notre association est des plus simples et des plus économiques ? Chez nous, pas de financiers, pas de courtiers, ni d'intermédiaires ; nous agissons en famille. Les employés de bureau eux-mêmes n'existent pas. Il sont suppléés et avec avantage, croyez-le, par quelques confrères dont le

(1) Le siège social est 23, rue de Dunkerque, à Paris.

traitement est constitué par notre seule reconnaissance. Je la leur témoigne vivement pour ma part, car leur œuvre, si raisonnable, si utile, est destinée à rendre d'immenses services au corps médical français.

Fernand Merlin.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

I

Exercice illégal de la médecine. Prêtre. Condamnation.

L'exercice de la médecine est défendu à toute personne non munie de diplôme.

Cette vérité vient de recevoir son application dans deux jugements que nous croyons intéressants de faire connaître à nos lecteurs, en les complétant de quelques réflexions.

Le tribunal d'Epernay, dans son audience du 6 septembre 1895, rendait le jugement ci-joint que nous ne citons que dans ses principales dispositions :

« Attendu que des débats, il résulte que, dès « l'arrivée de l'abbé Coyon, à Festigny, il a été « organisé un service de voitures transportant « chaque jour une vingtaine de malades de la « gare de Port à Binson à Festigny, où ils ve- « naient consulter l'abbé Coyon ; que certains « d'entre eux y sont retournés plusieurs fois ; « qu'il leur indiquait la maladie dont, d'après lui, « ils étaient atteints, leur prescrivait un régime « et leur donnait à prendre des potions prépa- « rées par lui et qu'il désignait sous les noms « de tisane blanche ou de tisane jaune et dont « la composition n'a pu être exactement déter- « minée ;

« Qu'il a remis en outre à un certain nombre de « ces malades, des flacons contenant du vin amer « composé de : vin, sirop, infusion d'anis, de « genièvre, armoise, camomille, ce qui constitue « une préparation pharmaceutique ; que généra- « lement ces distributions de tisanes et vin amer « se faisaient contre rétribution en argent ;

« Qu'ainsi l'abbé Coyon s'est livré à l'exercice « illégale de la médecine à Festigny en prenant « part habituellement au traitement des mala- « dies sans être muni d'aucun diplôme ;

« Qu'en outre, il a en même temps débité dans « un but curatif et, par conséquent, au poids « médicinal, des préparations pharmaceutiques ;

« Qu'il se trouve en état de récidive ayant déjà « été condamné par le tribunal de Châlons-sur- « Marne ;

« Condamne Coyon à trois jours d'emprison- « nement et cinq cents francs d'amende, et le « condamne en outre aux frais. Fixe à quatre « mois la durée de la contrainte par corps, dans « le cas où il y aurait lieu de l'exercer ».

A la même époque, l'abbé Coyon avait maille à partir, pour les mêmes faits, avec le tribunal de Châlons-sur-Marne, devant lequel il avait d'ailleurs déjà comparu.

Les juges de Châlons-sur-Marne décidaient :

« Attendu que si d'après les dépositions de « quelques témoins il y a lieu d'écarter certains « faits reprochés à l'abbé Coyon, il est néan- « moins établi par d'autres dépositions que : « 1° depuis moins de trois ans dans l'arrondisse- « ment de Châlons-sur-Marne, n'étant muni « d'aucun diplôme, l'inculpé a pris part habituel- « lement au traitement des malades, alors qu'il « n'y avait pas d'urgence avérée ;

« Et ce, étant en récidive légale comme ayant « été condamné, le 11 avril 1892, pour le même « délit, par jugement du tribunal de ce siège ;

« 2° Qu'à la même époque, au même lieu, « Coyon a débité et distribué au poids médicinal « des drogues et préparations médicamenteuses « à plusieurs personnes ;

« Vu les articles 16, 17, 18, 24 de la loi du 22 « novembre 1892, 36 de la loi du 21 Germinal an « XI, et unique de la loi du 29 Pluviôse an XIII ;

« Condamnons Coyon en deux cents francs « d'amende, dit que cette peine se confondra, « conformément à l'article 365 du code d'instruc- « tion criminelle, avec celle de trois jours de « prison et cinq cents francs d'amende pronon- « cée par le tribunal correctionnel d'Epernay le « 6 septembre dernier pour faits postérieurs à « ceux commis dans l'arrondissement de Châlons- « sur-Marne. »

Observations. — Sous l'empire de la loi de Ventôse, le conseil d'Etat avait rendu, le 8 Vendémiaire an XIV, un avis ainsi conçu : « Les cu- « rés ou desservants n'ont rien à craindre des « poursuites de ceux qui exercent l'art de guérir « ou du ministère public chargé du maintien des « règlements, pourvu qu'il ne s'agisse d'aucun « accident qui intéresse la santé publique, qu'ils « ne signent ni ordonnances ni consultations et « que leurs visites soient gratuites. Ils ne font « que ce qu'il est permis à la bienfaisance et à « la charité de tous les citoyens, ce que nulle loi « ne défend, ce que la morale conseille, ce que « l'administration provoque. »

En présence de la loi de 1892, cette décision ne saurait subsister, car l'article 36 est formel à cet égard :

« Sont et demeurent abrogées, à partir du « moment où la présente loi sera exécutoire, les « dispositions de la loi du 19 Ventôse an XI et « généralement toutes les dispositions des lois « et règlements contraires à la présente loi. »

Or, cet avis se rattache directement à la loi de l'an XI, et il s'expliquait jusqu'à un certain point, en ce sens que la loi de Ventôse punissait tout acte isolé d'exercice médical (tandis que le législateur de 1892 exige l'habitude), et qu'il était utile de faire exception au profit de personnes relativement éclairées, à une époque où l'instruction n'était pas aussi répandue qu'aujourd'hui. Maintenant, cette exception ne se comprendrait plus, et les curés, desservants, prêtres en général et religieuses rentrent dans le droit commun. D'ailleurs, de nombreuses et vives réclamations s'élèvent depuis longtemps contre l'envahissement du clergé sur le terrain médical. Les travaux préparatoires de la loi de 1892 en font mention à diverses reprises :

« De ce que jadis beaucoup de membres du « clergé étaient médecins, s'ensuit-il que le prê- « tre actuel ait reçu le don de guérir ? lit-on dans « le *rapport Chevandier* du 11 juin 1885, page 54. « Et est-il tolérable qu'il le donne à croire ? Au « Congrès médical de 1845, le professeur Mal- « gaigne dénonçait les curés du département des « Vosges appliquant des pessaires et pratiquant « des accouchements. Les religieux et religieu- « ses de tout ordre sont les délinquants perpé- « tuels et les récidivistes incorrigibles de l'exer-

« cice illégal de la médecine... MM. Tardieu, Le-« fort, Gavarret, Proust, etc..., ont montré ce « qu'a de honteux pour notre époque le trafic de « remèdes et de recettes exploités par les con-« grégations sous l'estampille de la charité et de « la religion. »

Le premier avril 1892, au Sénat, M. le Dr Brouardel, commissaire du gouvernement lors de la discussion de la loi sur l'exercice de la médecine, disait également : « Il y a quelques années, des « sœurs se sont trompées et ont donné du chlo-« rate de potasse en quantité trop grande ; trois « enfants sont morts en vingt-quatre heures. Le « même fait vient de se produire, après la même « erreur aux environs de Niort. » (*J. officiel*, 2 avril 1892, p. 305.)

Longtemps les parquets ont été d'une extrême condescendance à l'égard de ces délinquants. Nous sommes heureux de voir qu'un courant contraire s'établit, mais il dépend de la vigilance et de l'énergie des médecins à ce qu'il s'affirme davantage. Ils sont d'ailleurs les premiers intéressés à l'application stricte de la loi.

II

DENTISTE ÉTRANGER. USURPATIONS DU TITRE DE DOCTEUR. CONDAMNATION. CRITIQUES.

L'article 20 de la loi de 1892 qui prévoit l'usurpation du titre de docteur en médecine s'applique aux dentistes.

Le tribunal correctionnel de Montpellier vient de rendre une décision à cet égard dans les circonstances suivantes :

Le syndicat des chirurgiens dentistes du Sud-Est de la France avait poursuivi devant le tribunal correctionnel de Montpellier un sieur S..., dentiste dans cette ville pour usurpation du titre de docteur en médecine, sans indication de l'origine étrangère de ce titre. Le sieur S... se donnait, en effet, sur ses plaques à sa porte, cartes de visites, prospectus, annonces dans les journaux locaux, comme : Dr S..., *spécialiste de l'Université royale de Londres*. Or ce serait vainement que l'on chercherait à Londres une Université royale, et le diplôme invoqué par S... était tout de son invention.

Le syndicat des dentistes demandait donc l'application de l'article 20 de la loi de 1892 sur l'usurpation du titre français de docteur. M. S..., pour sa défense, soutenait que cet article ne pouvait être appliqué qu'à celui qui se livre à l'exercice de la médecine et non pas aux dentistes.

Le tribunal a fait droit aux conclusions du syndicat, et, s'appropriant une jurisprudence consacrée par deux décisions du tribunal de la Seine (mai 1895), il a décidé :

Que la loi de 1892, et notamment l'article 20, avait pour but de protéger à la fois l'exercice de la médecine, de l'art dentaire et de l'art des accouchements ; que, toutes ses dispositions visaient ces trois catégories de professions et que spécialement l'article 16 indique comme exerçant illégalement la médecine, toute personne qui, sans diplôme, pratique l'art dentaire sans se conformer aux dispositions de la loi.

En conséquence, le tribunal condamne le sieur S.... à cent francs d'amende et vingt-cinq francs de dommages-intérêts envers la partie civile, pour avoir usurpé le titre français de docteur en médecine, délit prévu et puni par l'article 20 de la loi de 1892.

OBSERVATION. — M. S... se trompait, comme l'a décidé le tribunal, en prétendant que l'article 20 ne s'applique pas aux dentistes, car l'article 16, dans son premier paragraphe, énumère les personnes qui, au point de vue de la loi, exercent illégalement la médecine, ces deux textes se complètent l'un par l'autre.

Qu'il nous soit permis de faire quelques remarques au sujet de la rédaction de cet article 20 que nous trouvons sous notre plume. Nos lecteurs savent qu'il est ainsi conçu :

ART. 20. — Est considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine, quiconque se livrant à l'exercice de la médecine fait précéder ou suivre son nom du titre de docteur en médecine sans en indiquer l'origine étrangère. Il sera puni d'une amende de 100 à 200 francs.

Ce texte contient au moins deux vices de rédaction. Il prévoit le cas où un individu est docteur en médecine d'une université étrangère ; il exerce la médecine en France en s'intitulant docteur en médecine sans faire connaître l'origine étrangère de son titre. Notre article le regarde comme ayant usurpé le titre de docteur en médecine. Dès lors, étant donné l'article 5 de la loi qui dit que les médecins diplômés à l'étranger ne peuvent exercer leur profession en France qu'à la condition d'y avoir obtenu le diplôme de docteur (ce qui n'est pas notre cas), cet individu commet le délit d'exercice illégal de la médecine avec usurpation du titre de docteur et devrait, par suite, être passible d'une amende de 1.000 à 2.000 francs et en cas de récidive d'un emprisonnement de six mois à un an. La dernière partie de l'article 20 édictant une peine de 100 à 200 francs ne se comprend donc pas, et devrait être supprimée. Ceci est une critique de pure forme, car le texte devra être appliqué tel qu'il a été voté.

Constatons seulement que tout docteur de n'importe quelle faculté étrangère pourra venir en France exercer la médecine en se parant du titre de docteur, le tout pour 200 francs d'amende, car le texte ne prévoit même pas le cas de récidive. M. R. Roland, dans son ouvrage des *Médecins et la loi du 30 Novembre* 1892, émet la même opinion.

La loi prévoit (et ce sera ici notre seconde critique) le cas d'un médecin qui fait précéder ou suivre son nom du titre de docteur en médecine sans en faire connaître l'origine étrangère. Mais l'article 20 s'appliquera-t-il encore lorsque, comme l'avait fait M. S..., le médecin indique cette origine étrangère, alors que celle-ci est fausse ? Devra-t-on, au contraire considérer cette mention comme non existante et appliquer l'article 18 qui, ne prévoyant pas l'aggravation qui résulte de l'usurpation du titre de docteur, condamne les délinquants à des peines moins fortes ? Ne faudra-t-il pas plutôt revenir au droit commun et appliquer purement et simplement l'article 405 du Code pénal ?

Nous ne croyons pas que l'article 20 de la loi de 1892 reçoive alors son application, de même que l'article 18 de la même loi. Nous sommes, en effet, ici en matière pénale où tout est de droit étroit et les tribunaux ne sauraient soit élargir un texte, comme ils le feraient en s'ap-

puyant sur l'article 20 qui a prévu un cas bien déterminé ; celui d'un défaut de mention d'une origine étrangère ; soit, au contraire, supprimer d'un trait de plume une indication qui existe.

Il faut alors, suivant nous, rentrer dans l'article 405 du Code pénal, qui nous dit :

« Quiconque, soit en faisant usage de... ou, « de *fausses qualités*.... se sera fait remettre ou « aura tenté de se faire remettre ou délivrer des « fonds... et aura par un de ces moyens escro- « qué ou tenté d'escroquer la totalité ou partie « de la fortune d'autrui, sera puni d'un empri- « sonnement d'un an au moins et de cinq ans « au plus et d'une amende de 50 francs au » moins et de trois mille francs au plus. »

Nous conclurons donc en disant que M. S... devrait bien être poursuivi, mais non pas en vertu de l'article 20, comme l'a fait le tribunal de Montpellier, mais bien en vertu de l'article 405 du Code Pénal.

GASTON THOMAS,
Conseil judiciaire du *Concours médical*.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat départemental des Médecins de la Vendée.

21 *septembre* 1895.

Présents : MM. Filaudeau, *Président*, Barbanneau, Challe, Chameron, Clénet, Coquaud, Davillé (Saint-Michel-en-l'Herm), Davillé (La Caillère), Epron, Fillon, Fleury, Gaston, Gourmaud, Jagueneau, Joffrion Joubert, Lansier, Logeais, Maigre, Meunier, Micheneau, Mignen, Mondon, Nicoleau, Pacaud, Paris, Pépin, Poirault, Piveteau, Serph, Thébault, Vaton.

Sont admis à l'unanimité comme membres du Syndicat MM. Reverseau, *de Saint-Michel-en-l'Herm* ; Roy, *de l'Aiguillons-sur-Mer* ; Joussemet, *de Longeville* ; Maugard, *des Moutiers-les-Mauxfaits* ; Filaudeau, fils, *de la Roche-sur-Yon*.

Les nouveaux membres sont admis à prendre part à la séance.

Le Secrétaire donne lecture de son rapport annuel dont nous détachons les passages suivants :

« La question d'assistance a, tout naturellement, tenu la première place dans nos préoccupations ! Tout à l'heure notre Président vous dira où nous en sommes aujourd'hui, et ce que nous devons espérer de la mise en pratique de la loi de 1893. Je veux seulement vous rappeler en deux mots l'état de la question lors de notre dernière Assemblée générale ; vous verrez ce que nous avons gagné par notre résistance.

« Au mois d'août 1894, le Conseil général votait 54,000 fr. en stipulant que les frais d'hospitalisation seraient d'abord intégralement payés ; que les mémoires des pharmaciens viendraient ensuite avec une réduction maxima de 20 0/0 ; et qu'enfin les médecins se partageraient le reste... s'il y en avait.

« Vous avez tous reçu la circulaire de notre confrère Mignen qui a prouvé, chiffres en mains, que l'hospitalisation absorberait 37,000 fr. environ ; que les mémoires des pharmaciens, même réduits de 20 0/0, absorberaient à peu près le reste du crédit, en sorte qu'il ne resterait plus rien pour les médecins. Nous avions donc raison de refuser de nous associer à une tentative mort-née, et notre dignité nous empêchait de consentir à une rétribution humiliante.

« Nos efforts n'ont pas abouti à une réussite complète ; cependant vous verrez tout à l'heure que nous n'avons pas lieu de désespérer. »

Assistance médicale gratuite.

M. le Président développe la question d'assistance médicale en ces termes :

« Messieurs et chers Confrères,

« Je voyais, il y a peu de temps, dans un journal, que la Vendée est, actuellement, un des rares départements où ne fonctionne pas encore le service de l'assistance médicale : à qui la faute ? Disons-le hautement ; à nos élus du Conseil général qui voudraient nous obliger, nous médecins, à donner pour rien nos soins aux malades indigents.

« Vous vous rappelez ce règlement qu'ils ont voté à leurs séances des 31 août et 1er septembre 1894 ; en titre figure, pour le médecin, l'*obligation* de répondre à l'appel de l'indigent.

« Le prix des visites, consultations, parcours kilométrique, est porté à un chiffre excessivement infime, et encore était-on loin de nous en assurer le paiement, puisque vous ne deviez toucher quelque chose qu'après le prélèvement des frais d'hospitalisation et des frais pharmaceutiques, et que l'on ne portait au budget pour toutes ces dépenses que 54,000 francs qui, disait le rapporteur, ne devraient pas être dépassés, quoi qu'il arrivât... Nous estimions, nous, que le chiffre voté aurait dû être environ de 100,000 francs. Nous avions donc l'assurance, avec cette réglementation, de ne rien toucher.

« La majeure partie des Médecins ne crut pas devoir y adhérer ; aussi le simulacre de fonctionnement qui fut tenté à partir du 1er janvier 1895, eut lieu dans des conditions si imparfaites, qu'il ne fut pas possible de se faire une idée, même approximative, des exigences du service.

« La question revint au Conseil général, d'abord en avril, et, après un ajournement pur et simple, au mois d'août 1895, on conserva la réglementation de 1894, sauf l'article 15 auquel on en substitua un autre en vertu duquel nos mémoires subiraient une réduction de 20 0/0.

« Par suite de cette réglementation, nos visites sont réduites à 0 fr. 80, les consultations à 0 fr. 40 et le parcours kilométrique à 0 fr. 40, retour non compris, ou, plus exactement, à 0 fr. 20 le kilomètre, car un malade que nous allons voir à un kilomètre, nous oblige à en faire deux, un pour aller, l'autre pour revenir...

« Un tel tarif, Messieurs, ce n'est pas une rémunération, c'est une aumône ; c'est pire qu'une aumône, c'est une insulte à la dignité du Corps médical tout entier.

« Messieurs, si nous n'avons pas, comme Syndicat, le droit d'intervenir auprès des communes et de l'Etat, il nous est du moins permis d'émettre notre avis sur les faits relatifs à nos intérêts professionnels, surtout quand, comme dans la circonstance actuelle, notre dignité est en jeu. C'est pourquoi nous vous proposons l'ordre du jour suivant :

« *Les Médecins du Syndicat départemental de la Ven- « dée, après avoir pris connaissance du vote émis par « le Conseil général dans sa réunion du mois d'août « dernier, vote qui inflige aux mémoires des médecins « du service d'assistance une réduction de 20 0/0 venant « s'ajouter à celle de 50 %, déjà librement consentie par « eux, regrettent que cette Assemblée n'ait pas compris « que les médecins, dans la rédaction de leur projet « d'assistance, s'étaient inspirés de l'intérêt de l'indi- « gent et non de leur intérêt propre ; que le tarif sou- « mis par eux était un minimum au delà duquel toute « concession paraîtrait compromettante pour la dignité « et ne peuvent que s'en référer aux conclusions votées « l'an dernier dont voici la substance :*

« *Par esprit d'extrême conciliation, les médecins con- « sentent à la réduction de 1 fr. 50 à 1 franc comme « prix de la visite ; maintiennent la consultation à 1 « franc et le tarif kilométrique à 0 fr. 50 (retour non*

« *compris, et indépendamment du prix de la visite*) ; « *enfin, opérations payées ; mais surtout* PAS DE RÉDUC- « TION, PAS D'OBLIGATION. »

Ces conclusions sont votées après une longue discussion à laquelle prennent part un grand nombre de membres.

Exercice de la Pharmacie.

M. le Dr Mignen donne lecture du rapport suivant :

« Mes chers Confrères,

J'ai encore le devoir de vous entretenir de la loi en préparation sur l'exercice de la pharmacie, loi qui touche à nos intérêts les plus immédiats, et qui, à ce titre, nous préoccupe tous au plus haut point.

Depuis plusieurs années cette loi est à l'ordre du jour des délibérations des deux Chambres, et cependant on ne saurait affirmer qu'elle dût trouver sa solution pendant la législature actuelle : ce serait désespérant si la solution que l'on veut nous faire, n'était pire que celle dont nous nous plaignons si justement !

Vous vous rappelez que la loi votée sans discussion par la Chambre des députés en 1893, fut aussitôt portée au Sénat qui, dans l'une de ses dernières séances, nomma la Commission chargée de l'examiner. Cette Commission put se réunir et déposer un rapport des plus sommaires ; c'était, je crois, la veille de sa séparation.

Cette procédure qui paraît, à beaucoup, des plus étranges, était cependant absolument justifiée. Si elle n'avait pas été suivie, tout le travail fait à la Chambre des députés devenait inutile, tout était à recommencer avec la Chambre nouvelle. C'est donc à cette manière d'agir que la loi sur la pharmacie a dû de venir en discussion au Sénat dans le dernier mois de l'année 1894.

Nous n'avions rien négligé pour déterminer MM. les Sénateurs à accepter les revendications que nous avions formulées, et qui étaient celles de tous les Syndicats médicaux. L'Union des Syndicats m'avait fait l'honneur de me désigner comme rapporteur du travail d'études auquel elle s'était livrée ; j'eus même la bonne fortune de voir M. le professeur Cornil, rapporteur au Sénat, dans une des commissions de l'Union, et de lui exposer l'intérêt qu'avait le malade dont le domicile est à plus de 4 kilomètres d'un pharmacien, à ce que son médecin pût lui délivrer les médicaments nécessaires.

Malheureusement, mes efforts ont été vains.

En première lecture, le Sénat accorda au médecin la faculté de « fournir des médicaments aux malades près desquels il est appelé et qui résident à six kilomètres au moins de toute pharmacie ». C'était une concession insuffisante, mais, de plus, il ajoutait le paragraphe suivant :

« Il (le médecin) ne peut délivrer des médicaments « aux malades qui viennent le consulter dans son « cabinet, que si sa demeure est distante elle-même « de 6 kilomètres au moins d'une pharmacie. »

Du coup, il portait un préjudice grave aux médecins qui exercent dans les localités dépourvues de pharmacie.

En deuxième lecture, le Sénat se déjugea. Nous avions pensé que la loi nouvelle ne devait pas avoir d'effet rétroactif, c'est-à-dire que les médecins actuellement établis dans les localités dépourvues de pharmacie, pourraient, leur vie durant, et quel que fût leur éloignement du pharmacien le plus voisin, continuer à distribuer des remèdes à leurs malades. M. le sénateur Maxime Lecomte se fit l'ardent défenseur de nos confrères ; mais son intervention chaleureuse eut pour résultat d'amener la Commission à défaire son œuvre, pour proposer et faire accepter une rédaction qui rappelle celle de l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI, en vigueur, mais n'en a pas la clarté.

Voici le texte adopté :

« Art. 12, § 2. — « Les médecins exerçant dans une «commune où il n'y a pas d'officine de pharmacien, « pourront PORTER des médicaments simples ou « composés aux personnes près desquelles ils se- « ront appelés, mais sans avoir le droit de tenir « officine ouverte.... »

On peut se demander si le médecin, exerçant dans les conditions ici spécifiées, pourra délivrer des médicaments dans son cabinet : l'expression PORTER ne l'indique pas suffisamment.

Voilà où nous en sommes. On supprime au médecin la faculté qu'on lui avait concédée tout d'abord, méconnaissant ainsi l'intérêt du malade : on impose à ses proches un double voyage, chez le médecin d'abord, chez le pharmacien ensuite. Et quand on entend dire, à la tribune, que la multiplication des routes et des voies ferrées rend ce double déplacement facile, on peut répondre que ceux qui tiennent un pareil langage ne savent rien des conditions dans lesquelles se pratique l'exercice de la médecine à la campagne.

Mais, mes chers Confrères, si le Sénat s'est montré sévère, on pourrait dire injuste, pour le malade et le médecin, dont les intérêts sont solidaires, il a fait volontiers aux pharmaciens des concessions dont le danger n'a pas besoin d'être établi.

Vous savez que l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI stipule que « les pharmaciens ne pour- « ront livrer et débiter des préparations médicales « ou drogues composées quelconques, que *d'après* « *la prescription qui en sera faite par les docteurs en* « *médecine ou en chirurgie*, ou par des officiers de « santé, et sur leur signature. » Il n'en serait plus de même avec la nouvelle loi qui dit dans le paragraphe 2 de son article 15 : « les pharmaciens *peu-* « *vent sans déroger aux lois sur l'exercice de la mé-* « *decine, librement délivrer*, sur la demande de l'a- « cheteur, les *autres substances* constituant des mé- « dicaments simples ou composés (1). »

Peut-on nier qu'avec une telle loi, il n'y a plus d'exercice *illégal* de la médecine ? Chaque jour donne naissance à des médicaments nouveaux que les pharmaciens pourront délivrer jusqu'à leur inscription sur la liste restrictive. On leur fait la part belle, et ce, au détriment du médecin, et aussi, il faut le dire, au détriment de la santé publique.

Vous avez protesté, et tout le Corps médical, avec vous, a protesté contre une telle législation. Le Sénat ne paraît pas s'être rendu compte que son article 15 consommera la ruine du médecin de campagne, dont les moyens d'existence sont déjà si précaires, et rendra les campagnes absolument inhabitables pour nous. Or quel est, du pharmacien ou du médecin, celui dont l'existence est la plus utile, aux gens de la campagne ?

Vous me permettez, mes chers Confrères, de ne pas rechercher avec vous à quels sentiments ont obéi MM. les Sénateurs, en édictant une pareille réglementation, et nous pensons que c'est à vous de les éclairer sur la portée désastreuse d'une loi dont ils n'ont pas entrevu assez nettement les conséquences fatales ; mais nous devons tout d'abord tenter près de nos Députés des démarches urgentes.

Nous leurs dirons que nous acceptons volontiers pour les pharmaciens la faculté de délivrer certains remèdes nominalement désignés sur une liste dressée à cet effet, mais *ceux-là seulement* ; et nous leur expliquerons que, comme corrolaire de cette concession, le droit de délivrer des médicaments à nos malades résidant à quatre kilomètres au moins de toute pharmacie, ne saurait nous être refusé ; nous leur dirons encore la loi ne peut avoir d'effet rétroactif et venir détruire des situations légitimement et légalement acquises.

Défendons énergiquement et les intérêts des ma-

(1) Donc *tous* les médicaments qui ne sont ni toxiques ni vénéneux, et *tous* ceux qui ne sont pas nominalement désignés dans une liste dressée par la Commission du Codex.

lades et les nôtres, si nous ne voulons pas avoir à regretter amèrement les conséquences de notre indolence et de notre apathie habituelles !

Un dernier mot. Je ne vous ai pas parlé, à dessein, du droit qui nous est donné, par la loi nouvelle, d'administrer à nos malades les médicaments d'urgence. Il paraît que les pharmaciens ont opposé à nos revendications une résistance d'autant plus opiniâtre qu'ils ont cru voir, dans la médication d'urgence, la porte ouverte à la pratique légale de la pharmacie par le médecin. A quoi bon réfuter cette singulière théorie ? Toutefois, s'il nous avait paru bon qu'un article de loi vînt régulariser une pratique dont l'humanité nous fait un devoir, il ne nous répugnerait pas, pour montrer quelles sont réellement nos intentions, et prouver aux pharmaciens que nous n'avons aucune arrière-pensée, il ne nous répugnerait pas, dis-je, de déclarer que nous ne protestons pas contre la suppression du paragraphe qui a trait à la médication d'urgence. Enfin les pharmaciens peuvent être assurés que nous ne considérerions jamais comme des faits de pratique illégale de la médecine les soins qu'ils sont appelés à donner en cas d'accidents sur la voie publique.

En conséquence, j'ai l'honneur de vous soumettre les conclusions suivantes :

« *Le Syndicat des médecins de la Vendée déclare* « *maintenir les revendications formulées par l'Union des* « *Syndicats médicaux de France, mais accepter, si cela* « *paraît utile, la suppression de la réglementation de la* « *médication urgente.* »

Cet ordre du jour est voté à l'unanimité.

Association amicale.

Sur la demande du docteur Gaston, de Vairé, M. Mignen expose l'origine et le fonctionnement de l'Association amicale des Médecins français pour l'indemnité en cas de maladie et engage chaleureusement ses confrères à participer à cette œuvre, la seule qui sauvegarde leurs intérêts quand, en pleine activité, ils sont frappés par la maladie.

Union des syndicats.

On procède à la nomination du délégué à l'Union des Syndicats : M. Mignen est choisi à l'unanimité.

Le Secrétaire, Barbanneau. *Le Président,* Filaudeau.

REPORTAGE MÉDICAL

Récompenses décernées à la suite du Concours ouvert par la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle **sur les maladies évitables.** 1er prix, 1200 fr. et une médaille de vermeil : M. le Dr Navarre (Pierre-Just), de Lyon. — 2e prix, 800 fr. et une médaille de vermeil : M. le Dr Répin, attaché à l'institut Pasteur. — 3e prix, 500 fr. et une médaille de vermeil : M. le Dr Labougle, médecin aide-major au 3e régiment de Génie, à Arras. — 1re mention ex-æquo, médaille de vermeil : MM. les Drs Drouet (Henri), de Paris ; Fauvel (Raimond), de Paris ; Seure (J.), de Saint-Germain-en-Laye (S.-et-O.). — 2e mention ex-æquo, médaille d'argent : MM. les Drs Catois, de Caen (Calvados) ; Loranchet, de Bourg-la-Reine (Seine). — 3e mention, médaille de bronze : M. le Dr Renard, médecin principal de 1re classe à Lille.

— A la liste des membres du Concours, dont nous avons annoncé les distinctions honorifiques, il faut encore ajouter la nomination de M. le docteur Audigé (de Paris), au grade d'officier d'académie.

— *Le crédit des externes.* — Dans le vote du budget de l'Assistance publique le crédit supprimé aux externes de certains hôpitaux, a été rétabli.

— *Banquet au Dr Le Blond.* — Un groupe d'amis du Dr Albert Le Blond se propose de lui offrir un banquet, ainsi qu'un souvenir à l'occasion de sa nomination dans la Légion d'honneur. Le montant de la cotisation est fixé à 20 fr., comprenant le prix du souvenir et celui du banquet qui aura lieu le mercredi 12 février prochain, à 7 h. 1/2, chez Marguery. Prière d'adresser les adhésions, avant le 6 février, à M. le Dr Georges Levy, 47, rue de Paradis, ou à M. le Dr Philippeau, 12, rue de Chateaudun.

— *Banquet de M. Lancereaux.* — Le banquet offert par M. Lancereaux par ses élèves a eu lieu le 25 janvier au Lyon d'Or, rue du Helder, et a été fort brillant.

— Un banquet offert à M. le docteur Blache, à l'occasion de son élection à l'Académie de médecine, aura lieu le 11 février prochain, à sept heures et demie du soir, au restaurant Cubat, 25, avenue des Champs-Elysées. — Le prix de la cotisation est de 20 francs.

Adresser les adhésions à MM. Richelot, 32, rue de Penthièvre ; et Léon-Petit, 73, faubourg Saint-Honoré.

— *Photographie à travers les corps opaques.* — Le professeur Rontgen, de Wurzbourg, vient de découvrir que certains rayons lumineux ayant la propriété de traverser la plupart des corps opaques, impressionnaient des plaques photographiques. C'est ainsi que le squelette d'une main vivante a pu être reproduit avec assez de netteté. De là, à l'utilisation du procédé pour le diagnostic des lésions internes du corps humain, il semble à quelques-uns n'y avoir qu'un pas. Sera-t-il franchi ?

— *Concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux.* — Ce concours sera ouvert le 19 mars 1896, à midi, avenue Victoria, 3 ; le registre d'inscription sera tenu ouvert du 10 au 29 février.

— *Un nouvel hôpital.* — On vient de terminer près de la gare de Clichy la construction d'un hôpital de 100 lits destiné aux ouvriers de l'industrie.

— Dans l'*Allier*, la grande majorité des médecins avait protesté contre la réduction des tarifs d'honoraires, acceptés en 1894. Nous sommes heureux d'apprendre à nos lecteurs que le succès a couronné cette manifestation. Le service fonctionnera désormais, à la satisfaction générale.

— *Le projet de loi sur les Universités.* — M. Poincaré, auteur et rapporteur de ce projet, que la commission de la Chambre des députés a adopté en son entier, vient de déposer son rapport ; ce qui fait espérer le vote prochain de la loi.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4.058. — M. le docteur Pous, de Perpignan (Pyrénées-Orientales), membre de l'Association médicale des Pyrénées-Orientales.

N° 4.059. — M. le docteur Renard, de Bellegarde-en-Marche (Creuse), membre du Syndicat des médecins de la Creuse et présenté par M. le docteur Desmaroux, d'Huriel (Allier).

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. Serpette, médecin à Marcelcave (Somme), membre du Concours Médical.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 6 8 Février 1896



LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le Baccalauréat et les études médicales

Le Baccalauréat subit un nouvel assaut et paraît d'autant plus menacé, que la campagne est menée par le Grand-Maître de l'Université lui-même.

Nous savons tout ce qu'on reproche au baccalauréat : il ne prouve rien, fait autant de déclassés que de savants, ne sert qu'à abuser la foule et les bacheliers eux-mêmes ; il est une loterie, des cancres parviennent à décrocher la timbale, alors que d'excellents élèves échouent, etc..., etc...

Nous savons tout cela, et pourtant nous considérons sa suppression comme fâcheuse pour certaines professions et notamment pour la profession médicale : c'est que le baccalauréat, s'il n'est pas une preuve de science, est du moins une barrière qui entrave l'accès à ces professions.

Nous comprenons l'inutilité du baccalauréat pour les candidats aux écoles où on n'entre qu'à la suite d'un concours, ce concours se chargeant de faire les éliminations nécessaires et le nombre des admis étant forcément limité. Mais pour les professions dites libres, pour la médecine, pour le barreau, il n'y a pas de limite au nombre des étudiants, pas de concours au début des études, et déjà on se plaint du trop grand nombre des étudiants ; que sera-ce après la suppression du baccalauréat ?

On nous dit bien que le baccalauréat ne sera pas rayé d'un simple trait de plume et qu'il sera remplacé par un certificat d'études secondaires, délivré dans les établissements mêmes où les jeunes gens auront fait leurs études. Or ce certificat, et surtout les conditions dans lesquelles il sera octroyé, ne nous disent rien qui vaille.

Tous les établissements d'enseignement secondaire délivreront-ils le certificat ? — Autant alors supprimer tout. — Les établissements de l'Etat seuls le délivreront-ils ? — C'est la mort de l'enseignement libre, et les garanties sont encore bien insuffisantes. — Un jury spécial sera-t-il chargé de faire passer un examen avant la délivrance du certificat ? — Alors c'est encore le baccalauréat, mais le baccalauréat avec tous les inconvénients, sans aucun de ses avantages.

Tel qu'il existe et passé devant des professeurs de Faculté, il présente au moins des garanties d'impartialité, s'il n'est pas signe de savoir, et, en dépit du *piston* qui sévit toujours plus ou moins, les résultats qu'il donne ne sont pas si critiquables. Mais, dans un collège, devant un jury composé on ne sait trop comment et où les professeurs locaux auront, sans doute, une certaine place, que d'intrigues, que de marchés même, ne verra-t-on pas ?

Mais, supposons que ces vilenies doivent être écartées *à priori*, que les examinateurs incorruptibles soient sourds aux promesses comme aux menaces — n'y aura-t-il pas toujours l'esprit de clocher, l'esprit de boutique qui se fera sentir à leur insu ? Le fait d'avoir été élève de l'établissement où professe l'examinateur, d'être connu personnellement de lui, ne sera-t-il pas une recommandation *ipso facto*, et l'indulgence excessive ne trouvera-t-elle jamais place dans la décision ?

Le certificat d'études secondaires, c'est la barrière supprimée, c'est l'accès à un plus grand nombre encore des carrières déjà encombrées, c'est pour nous médecins la gêne immédiate et la misère à bref délai.

On ne peut certes nous accuser d'idées rétrogrades ; si donc nous protestons, c'est que ce progrès nous paraît être un progrès à rebours ; et nous restons fidèles à nos convictions en criant :

Hourrah pour le vieux Bachot !

A. G.

LA SEMAINE MÉDICALE

La transmission de la tuberculose par les viandes et par le lait.

Notre récent article sur la contagion de la tuberculose, où nous soutenons que la viande et le lait provenant d'animaux tuberculeux ne sont pas nuisibles, surtout après cuisson et ébullition, nous a attiré d'un de nos lecteurs une lettre fulminante de protestation et d'indignation.

« J'ai été tellement indigné de cet article, que je me suis demandé comment il avait pu être imprimé dans un journal qui comprend un si grand nombre d'abonnés. »

« Comment peut-on nier, *avec tant d'aplomb*, la transmission du bacille de Koch par le lait et la viande d'animaux tuberculeux ?

« Mais c'est la négation absolue de l'enseignement actuel de l'école. Voir la pathologie générale de M. le professeur Hallopeau et l'ouvrage de pathologie interne de M. le professeur Dieulafoy, etc., etc. Il semble même dans son article condamner les mesures répressives qui ont été à si juste titre prises contre ces marchands ignobles qui livraient à nos soldats des viandes d'animaux tuberculeux. »

A cela, nous répondrons tout d'abord, qu'en médecine, on ne discute pas par indignation et qu'avant d'accuser, on demande des explications. En second lieu, nous maintenons que la viande et le lait d'animaux tuberculeux ne sont pas dangereux pour l'alimentation, ainsi qu'il résulte des dernières recherches microbiologiques de nombreux auteurs allemands. Assurément, il vaut mieux éviter d'en faire usage et, loin de nous, la pensée d'excuser les fournisseurs malhonnêtes qui vendent à l'administration de la Guerre, des viandes d'animaux tuberculeux au même prix que des viandes d'animaux sains. Nous alléguons seulement ceci, et nous appuyons notre opinion sur celles de savants autorisés, la tuberculose est surtout contagieuse par les poussières de crachats desséchés provenant de tuberculeux ; il faut dans la question de prophylaxie s'occuper de cela d'abord. En ce qui concerne le lait et la viande d'animaux tuberculeux, il faut seulement conseiller la cuisson et l'ébullition, parfaitement suffisantes pour détruire les bacilles si ces bacilles existent réellement, dans le lait en particulier. Nous devenons tuberculeux par les « INSPIRATA » beaucoup plus que par les « INGESTA ».

La photographie à travers les corps opaques.

Il n'est question, depuis un mois environ, que de la découverte du professeur *Rontgen*, de Wurtzbourg, sur la possibilité de photographier certaines parties du corps à travers des parois opaques et de la révolution que cette découverte va apporter dans la médecine.

Il y a là certainement une découverte importante, mais on s'est trop vite enthousiasmé, comme toujours et pour le moment, il ne faut pas vouloir lui donner plus de portée qu'elle n'en a réellement.

Voici en deux mots ce qu'est la découverte de Rontgen : Si l'on fait passer le courant secondaire d'une bobine de Ruhmkorf (bobine pouvant donner une étincelle de 10 à 15 cm.) à travers un tube de Crookes à espace très raréfié dans lequel le vide peut être maintenu à la même pression pendant le temps de l'expérience, ces rayons qui partent du pôle négatif ou cathode ont la propriété de traverser les corps opaques tels que le carton, le bois, les tissus, les métaux en lames minces (le platine excepté), etc. Mais ces mêmes métaux sous une plus grande épaisseur, les sels de chaux, et par conséquent les os

---

FEUILLETON

Hantise microbienne.

Lettre d'une mère à son médecin.

Cher Docteur,

Depuis que j'ai le regret d'être éloignée de vous qui avez donné de si bons soins à notre famille, tant à ma belle-mère, qui avait la fièvre typhoïde, qu'à Jeanne ma belle aînée, lorsqu'elle était atteinte d'angine couenneuse, je suis tourmentée par les idées médicales nouvelles, et je ne pense qu'aux microbes.

Vous m'avez tant répété que la fièvre typhoïde se contractait surtout par l'eau de mauvaise qualité que l'on buvait, par le contact direct avec les malades, que la diphtérie était contagieuse de diverses manières ; je vous ai vu prendre et faire prendre des précautions tellement minutieuses, pour éviter la propagation des maladies que vous traitiez chez nous, et l'invasion, chez nous, des maladies régnantes au-dehors, que j'ai été quelque peu saisie et d'autant plus frappée que l'événement vous a toujours et absolument donné raison, c'est-à-dire que vous êtes parvenu à enrayer le mal, à le circonscrire, à empêcher sa propagation, en un mot, à le tuer sur place.

Grâce, aux manœuvres de l'*antisepsie* bien comprise tout s'est bien passé, et vous avez fait de moi, par vos conseils répétés, par votre conversation savante et agréable, une adepte fervente des découvertes pastoriennes et des pratiques fin de siècle. Ce mot fin de siècle vous paraîtra sans doute irrévérencieux, et vous laissera croire que j'ai quelque doute dans l'esprit. J'avoue que si convaincue que je le sois, et par les théories nouvelles simples et compréhensibles, et par les découvertes merveilleuses et les merveilleuses conséquences qui en découlent et dont les résultats sont proclamés par tous et partout, je me demande pourtant s'il n'y a pas un engouement comme il s'en est rencontré déjà au sujet d'autres écoles brillantes, qui ont eu aussi leur temps, si nous ne sommes pas dans une période scientifique qui aura comme tant d'autres sa gloire et sa fin, si ces doctrines impérissables aujourd'hui auront un triste lendemain, s'il s'agit (passez-moi le mot) d'une mode médicale qui s'évanouira pour faire place à une autre.

Je vous entends, docteur, jeter les hauts cris et dire qu'il n'y a pas de comparaison possible entre les découvertes scientifiques actuelles basées sur le progrès des sciences chimiques, sur les perfectionnements des instruments de physique et de mécanique, sur le développement de cette récente et belle science physiologique, sur l'enchaînement mathématique des travaux

jouissent de la propriété d'arrêter ces rayons lumineux. Ce ne sont même pas, à proprement parler, les rayons cathodiques, qui possèdent ces propriétés, mais bien les rayons engendrés par les vibrations de l'éther sous leur influence.

Ces rayons sont invisibles à notre rétine et échappent aux lois de la réflexion et de la réfraction auxquelles obéit la lumière. Ce sont eux que l'auteur de la découverte, le prof. Rontgen (de Wurtzbourg), a désignés dans son mémoire sous le nom de rayons X, qui porteront, à l'avenir, le nom très justifié de rayons Rontgen. Or, il est très difficile d'avoir des tubes de Crookes pouvant conserver le vide à une pression constante et assez faible pour produire les rayons Rontgen.

Une fois l'appareil en marche, on place, à dix centimètres environ du tube et perpendiculairement à son axe, en face du point que vient frapper le plus gros faisceau des rayons cathodiques, une plaque photographique (de la marque Lumière bleue) enveloppée complètement de quatre épaisseurs de papier noir, de façon qu'aucune sorte de rayons lumineux ordinaires ne puissent l'impressionner ; le papier est simplement maintenu par un anneau de caoutchouc. Au contact de cette plaque, entre elle et le tube, on applique l'objet dont on veut obtenir l'image. La durée de la pose est de vingt minutes, pour une main d'adulte. Pour les autres régions, elle variera en raison de l'épaisseur des tissus à traverser et du rendement du dispositif expérimental.

Le développement se fait comme pour un cliché ordinaire. Pour cette photographie comme pour la photographie courante il y a une « mise au point » à obtenir. La main ainsi photographiée (si l'on a expérimenté sur une main) ressemble à celle d'un squelette qui serait entourée d'une zone gélatineuse translucide : les os ont arrêté les rayons Rontgen, tandis que les parties molles se sont laissées traverser par eux d'une manière assez complète pour que la plaque soit impressionnée. On peut ainsi découvrir et nettement localiser des lésions et des corps étrangers.

M. Lannelongue a ainsi obtenu l'épreuve photographique de mains d'enfants tuberculeux et sur cette épreuve on a pu facilement se rendre compte de la forme et de l'étendue des lésions osseuses. MM. Barthélemy et Oudin ont renouvelé ces expériences et communiqué à l'Académie les résultats surprenants qu'ils ont obtenus.

En somme, l'électricité n'a pas dit son dernier mot, et elle nous réserve encore bien des surprises ; mais n'empiétons pas sur les faits et ne faisons qu'enregistrer la possibilité de reconnaître les lésions osseuses de la main par le procédé de la photographie des corps opaques. Nous n'en sommes pas encore à la photographie des tumeurs internes, des lésions du cerveau et du sexe du fœtus dans l'utérus maternel.

Les injections sous-cutanées de phosphate de soude.

M. le Dr *Jean Bosredon* vient de consacrer sa thèse à l'étude des injections sous-cutanées de phosphate de soude, comme moyen thérapeutique excellent contre la neurasthénie, l'ataxie locomotrice, l'hémiplégie, la paraplégie spasmodique, la paraplégie myopathique progressive.

La solution injectée a varié avec les divers expérimentateurs ; le véhicule, la dose ont subi entre leurs mains de nombreuses modifications.

Le docteur Chéron se servait de la solution suivante :

---

d'hommes tels que Cl. Bernard et Pasteur, dont l'esprit scientifique était admirablement secondé, il est vrai, par les ressources nouvelles mises à leur disposition, — et les idées préconçues et les dogmes purement abstraits, imaginés par les savants d'autrefois, malgré tout le talent d'observation, toute la bonne foi et toute l'expérience de leurs auteurs, ces anciens systèmes, me direz-vous, ne pouvaient durer. Ils étaient destinés à disparaître au fur et à mesure des découvertes nouvelles, tandis qu'aujourd'hui il s'agit de faits incontestables, vérifiables et vérifiés mille fois. C'est toujours la marche en avant vers la vérité absolue....

Pourtant, cher Docteur, permettez-moi une simple remarque. Ne voyons-nous pas, à côté d'hommes dont la probité scientifique, la valeur et les travaux sont au-dessus de toute contestation, d'autres hommes dont les travaux, sans être issus d'une méthode aussi rigoureuse, ont pourtant quelque valeur, retiennent l'attention des savants, et méritent les honneurs d'une discussion ? Certains travaux s'imposent à l'opinion de par leurs auteurs et de par leurs conséquences plus ou moins réelles, et pourtant sont discutés.

D'autres sont également discutés et quelquefois condamnés, parce que leurs auteurs sont plus obscurs ou bien ont tiré des conclusions trop hâtives de leur découverte. Rivalité d'école, direz-vous ! et vous ajouterez que c'est cette rivalité et cette émulation qui stimulent les savants et mettent en valeur le vrai mérite et la vraie science. Soit ! mais ce manque d'unité, ces fausses routes, ces divergences d'opinions ne font-ils pas craindre pour la solidité de l'édifice ? N'allons-nous voir subsister que les faits acquis d'une manière plus ou moins empirique, n'ignorant pas toutefois que l'empirisme d'aujourd'hui peut être démontré demain ? Allons-nous voir encore toutes ces méthodes bouleversées et renversées par une autre découverte ? Qu'y a-t-il donc d'impossible à cela ? Pourquoi cela nous surprendrait-il ? Rien ne serait changé, suis-je tentée de vous dire ! Et pourtant si. J'y réfléchis : de tous ces grands mouvements de l'esprit humain, je sais qu'il reste toujours quelque chose de pratique et d'utile. Le progrès existe et il ne peut se faire que lentement. En admettant qu'il s'égare de temps à autre ou qu'il piétine sur place, arrive néanmoins le jour du sérum Behring-Roux. On expliquera son action immunisante et antitoxique plus tard. En attendant nous jouissons de ses bienfaits, comme nous jouissons des bienfaits du vaccin jennérien dont on ne connaît pas encore non plus le mode d'action. Si donc je me révolte un peu contre les étonnantes découvertes de notre temps, c'est que tout en les admirant je cherche (à tort, je

Acide phénique......	1	gramme.
Chlorure de sodium..	2	—
Phosphate de soude..	8	—
Eau distillée.........	100	—

Chaque centimètre cube contenait donc huit centigrammes de phosphate de soude.

Il commençait par injecter de 5 à 10 centimètres cubes et, si la pression sanguine n'était pas modifiée, il portait la dose à 20, 40 et même 60 grammes.

Le docteur Crocq, de Bruxelles, employa au début une solution au 1/50 dans de l'eau distillée ; mais le liquide étant envahi assez rapidement par des champignons, il utilisa les propriétés antiseptiques de l'acide cyanhydrique dissous dans l'eau distillée de laurier-cerise et se servit de la solution :

Phosphate de soude....	1	gramme.
Eau de laurier-cerise...	50	—

Ayant remarqué qu'il se formait au fond du flacon un précipité blanc, il essaya de la formule suivante :

Phosphate de soude....	1	gramme.
Glycérine.............	20	—
Eau distillée...........	25	—
Alcool.................	5	—

Il dut y renoncer bientôt, la douleur étant très intense, pour revenir à la solution dans l'eau de laurier-cerise ; il prit simplement la précaution de la renouveler fréquemment.

Le Dr Crocq avait conclu de ses nombreuses expériences :

1° L'injection sous-cutanée d'une dissolution au cinquantième de phosphate de soude dans l'eau de laurier-cerise ne produit aucune réaction ni locale, ni générale.

2° En injectant tous les jours au début, puis tous les deux jours, d'abord un centimètre cube, puis trois centimètres cubes de cette solution, à des malades atteints de maladies nerveuses, on obtient une action antineurasthénique puissante.

3° Ce moyen, agissant purement comme tonique du système nerveux, les résultats sont ou curateurs ou palliatifs ; ils seront curateurs dans les affections, qui ne dépendent que d'un trouble fonctionnel de l'axe cérébro-spinal ; ils ne pourront être que palliatifs lorsqu'existent des lésions des centres nerveux.

4° La supériorité de ce moyen dépend de sa simplicité même. Il se trouve à la portée de tout le monde.

M. le Dr Bosredon modifie la technique de M. Crocq de la manière suivante :

Pour préparer cette dissolution, il a eu recours à l'eau distillée, mais il a fait stériliser le liquide à injecter. Dans ces conditions, le liquide après avoir été stérilisé, était renfermé dans des flacons à bouchon à l'émeri, et il n'a jamais observé la formation de champignons ou de dépôt dans le fond du récipient ; on peut donc et avec avantage, car l'emploi de l'eau de laurier-cerise en injections hypodermiques, ne doit pas être sans action sur l'économie, avoir recours à l'eau distillée stérilisée.

La solution au 1/5 fut abandonnée après une seule série d'expériences, la solubilité du sel dans un volume d'eau aussi faible, entraînant sa cristallisation et obligeant avant chaque séance à avoir recours au chauffage du liquide.

On doit s'entourer, pour pratiquer l'injection, de toutes les précautions antiseptiques ordinaires. On fera donc bouillir pendant cinq minutes la seringue (seringue stérilisable de Roux, de Straus ou de Debove) et l'aiguille.

La région doit être soigneusement lavée avec une solution de bichlorure de mercure au

---

vous l'avoue, Docteur) à me dégager de ces multiples pratiques de la méthode antiseptique qui en est la dérivée. Je me prêterais plus volontiers à ses exigences si j'étais sûre qu'elle est l'expression exacte de la vérité et qu'elle ne variera plus. Je sens pourtant que cette idée des microbes est bonne, que ce n'est pas une théorie, que c'est le vrai, et qu'alors elle demande l'organisation de la lutte contre eux.

J'ai la foi. Je vous le répète, vous m'avez convertie, et je veux rester toujours une croyante et une pratiquante, mais vous excuserez mon trouble en présence de l'existence pénible que me fait l'existence des microbes. Laissez-moi vous ouvrir mon cœur et vous expliquer la cause de mon émotion, qui me fait quelquefois désirer le retour à la barbarie scientifique... — Oui, docteur, j'ai été frappée par la lumière de la science, comme saint Paul sur le chemin de Damas par la lumière de la foi. J'ai vu les micns guérir, et c'est assez pour ne point douter de la science, mais aujourd'hui je suis tellement pénétrée de la présence des microbes que je les vois partout. J'en suis entourée et saturée. Je les vois voltiger, je les sens remuer, je les entends se propager, se développer et bouillonner dans leurs cultures... En voici un, puis bientôt des millions, des milliards. L'invasion, la décomposition, la mort !.... A peine le temps de les reconnaître, encore moins le temps de les détruire. Ils foisonnent dans l'intérieur du corps, se blottissent dans les anfractuosités de la peau et des muqueuses, colonisent dans le nez, la bouche, les yeux, les orifices. On s'aperçoit de leur présence ; on prend les armes et déjà ils ont tout envahi. On signale leur venue, et les voici sous les murs de la capitale, dans les poumons, au cœur, aux reins, au foie. Leurs innombrables arrivées se rencontrent partout, se ruant à l'assaut des matières organiques et des êtres vivants. Ils volent, tourbillonnent, rampent, tombent, roulent, nagent, se faufilent, s'insinuent et s'introduisent, au hasard des circonstances, dans tous les corps qu'ils désorganisent. Malfaisants ou bienfaisants, utiles ou inutiles, ils accomplissent leur destinée, inéluctable, sans se soucier des obstacles, vaincus par ci, vainqueurs par là, mourant, ressuscitant et symbolisant la puissance vitale éternelle et fatale. N'est-ce pas effrayant ? N'y a-t-il pas de quoi devenir folle en pensant aux dangers incessants courus par les êtres qui vous sont chers, en songeant que l'on est sans cesse environné d'ennemis nuisibles, infiniment petits, mais non moins terribles ? — Cette conception des microbes me rend la vie insupportable. Que faire ? Comment se défendre ? Comment être sûr de ses moyens de défense ? Quand on s'est fortifié

1/1000. Les mains de l'opérateur seront désinfectées, ainsi que l'exige l'antisepsie.

Au début, on pratiquait les injections sous la peau, dans le tissu cellulaire ; mais dans quelques cas on observa la formation, au niveau de la piqûre, d'une petite induration limitée, légèrement douloureuse à la palpation, induration absolument comparable à celle que l'on a notée à la suite des injections hypodermiques de sulfate de quinine.

M. Bosredon, pour éviter les indurations et les abcès possibles, pratique les injections dans le sillon rétro-trochantérien, tantôt à droite, tantôt à gauche, en alternant chaque séance; l'aiguille dirigée perpendiculairement à la peau, est enfoncée d'un coup sec dans les masses musculaires à une profondeur de 1 cm. et demi à 2 cm.; le liquide est injecté avec lenteur.

De cette façon, aucun accident n'est à redouter, surtout, si l'on s'est bien assuré, avant d'injecter, que l'aiguille n'est pas enfoncée dans une veine.

M. Alb. Robin injecte de la même façon et dans les mêmes proportions le glycérophosphate de soude. Les indications pour lui sont très étendues : toutes les paralysies, névralgies, névrites, les lombagos, certains rhumatismes vagues, la neurasthénie et toutes les convalescences.

La pelade chez les enfants.

Dans le *Journal de médecine et de chirurgie infantiles*, M. le Dr *Feulard* préconise la méthode suivante : On enduit tous les soirs le cuir chevelu d'une pommade soufrée au dixième et contenant un peu d'acide salicylique ; le lendemain matin, tout le cuir chevelu est lavé et savonné avec un savon d'acide salicylique, puis frictionné avec une brosse douce, imbibée d'une solution alcoolique contenant une petite proportion de sublimé à 1 ou 2 pour 1000.

Ce traitement appliqué sur la totalité du cuir chevelu, a pour but d'empêcher des ensemencements nouveaux de la maladie et de combattre la raréfaction générale de la chevelure si souvent existante.

Quant au traitement de la plaque elle-même, M. Feulard emploie des badigeonnages avec une solution alcoolique de sublimé à 1 p. 100 et même 2 p. 100 avec addition d'un dixième d'acide acétique.

Les résultats, ajoute M. Feulard, ont été extraordinaires. Les enfants traités en ville ont guéri rapidement, beaucoup plus rapidement qu'avec l'acide acétique employé à dose plus élevée, mais seul.

Traitement du prurit en général.

Dans la *Revue de méd. et de chir. pratiques*, M. le Dr *Morain* conseille d'employer les méthodes suivantes contre les affections de la peau accompagnées de prurit :

1° *Traitement local*: Lotionner la région malade avec de l'eau que l'on a fait bouillir soit avec des têtes de camomille (20 têtes par litre), soit des feuilles de coca (10 grammes par litre). Cette eau doit être employée aussi chaude que possible et additionnée soit d'une cuillerée à soupe de la solution suivante par litre :

Acide phénique.........	150	grammes.
Glycérine..............	100	—
Alcool.................	50	—

soit de deux cuillerées à soupe de vinaigre aromatique par verre. Appliquer ensuite une pommade antiprurigineuse renfermant de l'acide phénique, de la cocaïne, de l'essence de menthe, etc. ; par exemple la pommade suivante ;

---

d'un côté, est-on certain que ce n'est pas de l'autre qu'il eût fallu le faire, malgré toute la diligence qu'on y mette, tous les soins et toute la vigilance qu'on y apporte ?...

L'eau est-elle bien filtrée et les filtres sont-ils toujours en bon état ? La glace ne provient-elle pas des mares infectes ? Les aliments sont-ils de bonne qualité ? Mon linge revient-il aseptique du lavoir ? Par qui a été habité l'appartement où je viens d'emménager ? A-t-il abrité des malades contagieux ? A-t-il été désinfecté ? — Un savant n'a-t-il pas signalé le danger de la manipulation des billets de banque ? Un autre, au Congrès de Bordeaux de cette année, a démontré que les pièces de monnaie recèlent dans l'enduit malpropre, qui les recouvre souvent, un assez grand nombre de microbes pathogènes, entre autres l'horrible streptocoque, et cela malgré le pouvoir antiseptique que possèdent les métaux. Assurément ces pièces ont été en contact avec de la salive, qui renferme tant de germes divers, avec du pus, avec des crachats plus ou moins tuberculeux, avec même (horreur !) des déjections de toutes sortes. Si les billets de banque ont été palpés par des doigts malpropres, plus ou moins enduits de salive et de produits renfermant des bacilles dangereux, cela me fait penser aux tuberculeux, aux diphtériques, aux typhiques qui écrivent... ; ils touchent le papier à lettre que nous recevons, et nous tenons souvent sans le savoir la plume qui leur a servi ! — En embrassant ces malades, en leur donnant seulement la main qui a tenu leur mouchoir, malgré les qualités de propreté qu'ils peuvent avoir, on peut être contagionné... Mais s'il ne faut rien toucher de ce que les malades ont frôlé et touché par une partie quelconque de leur corps, cela devient pour ainsi dire impossible. — Alors ? ... — Vous défendez la cohabitation avec certains chroniques, docteur ; donc les rapports partiels, les contacts limités peuvent être dangereux. Quand il s'agit de son enfant, que ce soit le croup ou une autre maladie contagieuse, l'affection l'emporte et doit l'emporter sur la crainte du mal, mais quand il s'agit d'étrangers, quand, par exemple, on est en voyage, en chemin de fer, en paquebot, en omnibus, en tramway où l'on crache malgré les ordonnances de police, à l'hôtel, en visite, sans compter mille autres circonstances, il n'y a plus de sécurité et c'est l'inconnu.... contact suspect, transmissibilité possible...

Lorsque je me promène ou que je suis en visite, lorsque je fais une course matinale, en dehors des poussières de la rue soulevées par les vents, je respire les poussières d'un escalier que l'on balaye, d'un tombereau de gadoue que l'on charge, d'un tapis ou d'un chiffon que l'on secoue

Acide phénique.........	0.50 à 1 gr.
Oxyde de zinc..........	20 grammes.
Lanoline...............	ââ 20 grammes.
Vaseline...............	

Saupoudrer ensuite avec une poudre inerte.

On peut encore utiliser les emplâtres soit à l'oxyde de zinc, soit à l'huile de foie de morue, soit à l'acide phénique, au naphtol, à l'ichtyol.

B. *Traitement général.* — Il a une importance capitale. Le régime alimentaire doit être sévère. Sont défendus : les poissons, les coquillages, les crustacés, les mollusques, le gibier, les truffes, les fromages forts, les épices, les fraises, la charcuterie, le thé, le café, les liqueurs, l'eau-de-vie, le vin pur. L'alimentation devra consister en légumes verts bien cuits, en féculents, en purée, en viandes rôties ou grillées, en fruits cuits. Il convient en même temps de s'adresser aux troubles constitutionnels, qui peuvent exister, et de combattre en particulier l'arthritisme. Calmer le système nerveux en prescrivant les diverses préparations de valériane ou les bromures ; à ce titre les douches chaudes en pluie sont favorables.

Comme médication interne on ordonnera, soit l'antipyrine, soit la teinture de belladone à la dose de V à XV gouttes par jour, soit l'acide phénique en pilules (0,20 à 0,60 centigr. par jour), soit la quinine, si l'on a affaire à un arthritique nerveux.

L'acide picrique contre les brûlures.

La *Chronique médicale* nous donne d'intéressants détails sur un mode de pansement des brûlures qui a donné déjà d'excellents résultats :

Le docteur Thierry se sert depuis plusieurs années, dans les services hospitaliers, d'une solution à 10 ou 15 pour 1000 d'acide picrique et obtient un soulagement immédiat.

Toute douleur, paraît-il, serait supprimée instantanément, après avoir baigné la blessure dans une solution de cet acide, les plaies ne se formant plus, les phlyctènes, vulgairement appelées ampoules, ne se produisent pas, et la guérison complète est l'affaire de quelques jours.

L'emploi de l'acide picrique ne présenterait que le petit inconvénient de teindre la peau en jaune ; mais des lavages à l'acide borique font disparaître rapidement ces taches.

L'acide picrique n'est ni odorant, ni caustique, ni irritant, ni toxique.

Cette précieuse propriété d'une solution d'acide picrique est à retenir et à propager. Il serait utile que partout, dans l'industrie où l'on manie le feu, on puisse toujours avoir à sa disposition ce produit tout préparé. La chose est facile : l'acide picrique est un produit relativement bon marché. et sa solution est assez stable.

La virulence des poussières dans les chambres des tuberculeux.

La manière toute spéciale dont nous avons insisté sur le mode de contagion de la tuberculose par les poussières de l'atmosphère, nous fait un devoir de rapporter les recherches de MM. *Lalesque* et *Rivière*, de Bordeaux, sur la virulence des poussières des sanatoria. Ces deux messieurs ont expérimenté les poussières prises dans les chambres de phtisiques à expectoration purulente, poussières recueillies après désinfection minutieuse des chambres et objets meublants ; désinfection des tissus à l'étuve Geneste et Herscher, essuyage des meubles, frottements avec un linge imbibé d'une solution de sublimé au 1/1000e, lessivage des parquets, plinthes, etc., puis lavage avec solution de sublimé. Les poussières ont été recueillies dans les endroits les plus difficiles à nettoyer, rainures, en-

---

par la fenêtre d'un malade, d'une balayeuse qui ne fait que déplacer la poussière en nuages et la diffuser..... Toutes ces poussières qui contiennent, dites-vous, des quantités de germes nocifs, s'introduisent non seulement par les voies respiratoires, mais aussi dans les appartements que nous habitons où elles nous guettent et nous menacent. — Et les foules dans lesquelles nous sommes mêlés, et dont les vêtements n'ont point passé à l'étuve ! Et les livres des malades, des cabinets de lecture et des bibliothèques ! Et les bains publics, la vaisselle mal rincée des restaurants et des cafés ! Et les meubles, tapis, objets achetés dans des ventes publiques, venant on ne sait d'où ? Et les jeux de cartes que certains joueurs font glisser avec le pouce mouillé ? Et les coups d'ongles malpropres donnés par mégarde ? Et les piqûres d'aiguille ou autre objet pointu chargé d'un microbe pyogène ?... Les mouches de toutes espèces sont aussi, docteur, des vecteurs de germes morbides, — d'autres insectes aussi... Un frisson de dégoût me prend à ces contacts légers, mais impurs.

Il faudra donc ne dire bonjour à personne, ne toucher aucun bouton de porte ou de fenêtre, aucun objet palpé par le public, éviter que notre interlocuteur ne nous lance de la salive à la figure en parlant, ne s'asseoir sur.... aucune banquette, puisqu'elles sont toutes suspectes, se boucher le nez, la bouche, les yeux même, avec un masque antiseptique, se laver les mains avant de manger, avoir une fourchette, une cuillère, un couteau, un service pour soi, une cuisine et une cuisinière spéciales. Il ne faudra pas que le valet de chambre se serve du rasoir de Monsieur, que la femme de chambre se serve des objets de toilette de Madame. Il faudra coucher dans les draps que l'on aura lavés soi-même, ne plus bouger, s'isoler, vivre en sauvage au fond des bois... quelle existence, docteur !

On aura beau se laver les mains fréquemment, s'épousseter, se brosser, s'irriguer le nez et la bouche avec des antiseptiques, se purger, il suffit d'une seconde d'oubli pour tout compromettre.

N'allons pas au théâtre : Air vicié, impur, véhiculant des microbes, n'allons pas à la messe : Air vicié, épaissi par des microbes plus dangereux encore que ceux des théâtres..

Je pense aussi aux pensions, aux écoles, aux réunions publiques, aux casernes où mon fils ira, lieux encombrés et farcis de microbes, leur quartier général pour ainsi dire.

Et s'il est si difficile de se préserver en temp ordinaire, comment faire en temps d'épidémie ?..

Mais j'y songe.. Un des enfants de la couturière d'une de mes amies, a la fièvre scarlatine. Elle fait une toilette de noce. Les pièces sont

cognures ; 78 cobayes ont été inoculés ; 57 ont survécu (les autres succombant en quelques jours soit à la septicémie, soit au tétanos) ; sacrifiés entre le 40e et le 45e jour. ils n'ont été trouvés porteurs d'aucune lésion tuberculeuse.

Cela prouverait que les mesures de nettoyage et de désinfection telles qu'elles sont pratiquées peuvent être absolument efficaces pour prévenir la contagion par inhalation de poussières. Il n'y a donc aucune appréhension à avoir pour les sanatoria de tuberculeux, lorsque la désinfection y est complètement pratiquée.

OBSTÉTRIQUE PRATIQUE

L'importance de la délivrance.

La question des accouchements est toujours, croyons-nous, d'un intérêt capital pour les praticiens appelés à assister, plus ou moins fréquemment, des parturientes que la crainte des sages-femmes a poussées vers le médecin comme étant plus expérimenté et plus compétent. Et de fait, elle est trop souvent justifiée, cette crainte des sages-femmes, car plus d'une a commis des erreurs et des négligences fort préjudiciables à l'intérêt des malheureuses confiées à ses soins.

Les unes par négligence ou par précipitation, les autres par réelle ignorance ou par indécision, provoquent ou ne savent pas empêcher de graves complications qui rendent les femmes infirmes pour toute la vie. Nous allons nous expliquer plus complètement, dans la suite de ce travail, sur les précédentes allégations que nous croyons absolument fondées.

I

L'ORIGINE DES ANNEXITES PUERPÉRALES.

Aujourd'hui, il n'est pas un de nous qui n'ait dans sa clientèle féminine un certain nombre de personnes, de mères de familles, atteintes de salpingo-ovarites, de métrites, de déviations utérines, de prolapsus. En dehors des causes qui président, fréquemment, au développement de ces diverses maladies (blennorrhagies matrimoniales, vulvo-vaginites de l'enfance, etc.), les accouchements sont la plupart du temps les véritables origines de ces tristes affections. Elles sont légion, aujourd'hui, les femmes qu'un accouchement a rendues malades ou infirmes.

C'est d'un lucratif rapport pour les chirurgiens, qui ne suffisent plus à opérer tous les ovaires, et toutes les trompes malades ; mais c'est un bien grand malheur pour les femmes qui n'osent pas, ou ne peuvent pas se résoudre à se faire mutiler. On n'entend plus parler aujourd'hui que de salpingites et d'opérations, que de maladies du ventre et d'interventions chirurgicales nécessaires. Et d'où vient cette épidémie féminine ? Dans la plupart des cas, de suites de couches.

Cependant, tout le monde est à peu près convaincu, actuellement, de la nécessité absolue de l'antisepsie dans les accouchements et chacun l'applique tant bien que mal ; nous avons exposé, dans une étude antérieure, la technique de l'accouchement antiseptique.

Tout le monde sait aussi que le temps de repos de la mère, après l'accouchement, doit être de 20 à 30 jours, pour permettre aux organes pelviens de reprendre *leur place exacte et leur* forme primordiale.

Autant que faire se peut, on contraint les ac-

---

déposées sur le lit de la convalescente. — Ah mais ! cela me fait frissonner ! Il faut que je prévienne la future. — Mon épicier a la fièvre typhoïde, — les enfants de mon boulanger ont la coqueluche ! .. Alors ?... Décidément je sens que je vais perdre la tête. — Et puis les blanchisseuses rangent leur linge chez elles, partout, même sur les lits quand elles ont des malades ... Et les magasins de nouveautés, Louvre, Bon Marché, Samaritaine, Belle Jardinière, etc., ont tous des ouvrières dans Paris, dans la banlieue, des ouvrières aux pièces. Les ouvrières pauvres, à l'étroit dans leur chambre, ont souvent des maladies contagieuses chez elles : enfants, parents, voisins. Les objets qu'elles reportent au magasin sont contaminés, propagent l'épidémie partout au hasard. Une poupée que l'on croit neuve, a déjà souvent été entre les mains d'un enfant qui a la scarlatine ou la diphtérie. — Les enfants font des pâtés avec le sable des promenades, imprégné de crachats de tuberculeux !...

Je n'ose pousser mon analyse plus loin. L'angoisse et l'horreur me prennent à la gorge et tout en n'ignorant point que l'analyse en général enlève tout charme, toute saveur aux choses de la vie, qu'elle détruit l'illusion, si utile si indispensable et si chère aux pauvres humains, je ne puis m'empêcher de voir les germes, les microbes, les bacilles partout ! C'est une obsession, une torture morale, une situation lamentable dont je ne suis pas maîtresse...

Et pourtant nos ancêtres ne les connaissaient pas ; ils ne s'en préoccupaient pas. J'accorde qu'ils en souffraient et en mouraient davantage que nous, mais n'étaient-ils pas plus heureux de leur ignorance, que nous le sommes de notre science ? Je me figure que nous sommes tous en ce moment dans la situation d'un malade qui connaît le mal irrémédiable dont il est atteint, qui se voit envahi, détruit petit à petit par une maladie incurable : c'est le désespoir ou le suicide. S'il ignore son mal, il garde l'espérance et s'éteint avec sérénité. Quel est le meilleur sort ?

Dites-moi donc, docteur, que j'exagère, qu'il faut en rabattre, qu'il y a des mesures de prudence à prendre, mais qu'il est puéril de s'absorber dans la pensée de dangers constants, il est vrai, mais qui n'ont pas tous la même gravité, que l'on peut éviter en partie et que la nature se charge elle-même d'écarter. Vous m'avez parlé de la lutte silencieuse mais réelle, efficace des phagocytes contre l'invasion des hordes microbiennes. Je m'accroche avec bonheur à cette branche de salut, et me repose sur leur vigilance et leur vaillance de toutes mes terreurs ; en attendant vos bons conseils.

Pour copie conforme, Dr S. COURGEY.

Oui, madame, vous les aurez ces conseils ; un ami du docteur lui a promis de vous les prodiguer.

couchées à se reposer au lit, pendant ce laps de temps.

Et cependant, les accidents d'annexites puerpérales se produisent encore avec une fréquence inouïe ! Certes, en obstétrique et en antisepsie obstétricale, on ne peut juger la conduite de ses confrères et encore moins celle d'une sage-femme, à moins qu'on ait assisté aux diverses phases de l'accouchement.

On ne peut guère être sûr que de soi-même, pour les minuties antiseptiques. Mais, on doit admettre, cependant, que beaucoup savent l'appliquer.

Nous connaissons maintes personnes accouchées par des médecins capables et suffisamment expérimentés, qui sont néanmoins atteintes de salpingo-ovarites puerpérales. Or l'interrogatoire minutieux de ces personnes nous *a toujours* révélé ceci : Après de longues heures de travail, l'accouchement s'est effectué seul ou au moyen du forceps, et tout a été ensuite terminé en une demi-heure à peine. La sage-femme a fait la délivrance et est partie quelques minutes après ; c'est là qu'est la grosse faute, faute de négligence, faute d'incurie.

La délivrance est aussi importante que l'accouchement de l'enfant. Et c'est précisément cette délivrance qu'on néglige le plus. Généralement, on est pressé d'en finir : l'enfant est là, la parturiente est épuisée, et l'accoucheur ne demande qu'à passer à un autre genre d'exercice, moins absorbant ou à un repos bien mérité ; pour toutes ces excellentes raisons, l'opérateur précipite, le plus possible l'évacuation du délivre et au besoin, l'arrache plus ou moins délicatement. Naturellement, s'il pense à l'inspecter après l'évacuation, il ne reconnaît la trace d'aucun débris, d'aucun cotylédon manquant. Après une dernière injection vaginale ou utérine, il se retire tranquille, confiant dans la nature pour tout arranger, évacuer, nettoyer, replacer.

Or, mainte fois, des débris de placenta restent accolés au fond de l'utérus, quand il y a extraction et arrachement rapide. En réalité, c'est parce qu'on a voulu aller plus vite que la nature, et extirper, de force, le délivre, en tirant sur le cordon ombilical, que l'on a provoqué des ruptures et des déchirures. Que résulte-t-il de cette imprudence ? Les débris de placenta séjournent dans la cavité utérine et sont autant de petits points importants de cultures microbiennes intra-utérines. Ce tissu mortifié se putréfie vite, et cette putréfaction ne tarde pas à fournir des ensemencements virulents à la muqueuse d'une ou des deux trompes. Les injections sont impuissantes à enrayer le mal ; bien plus, quand elles sont mal faites, elles le favorisent et l'assurent.

Si tant d'accouchements se terminent par des complications, c'est qu'on ne laisse pas assez agir la nature et qu'on intervient sans indications.

Pajot ne cessait de le répéter : « Ce qu'il faut surtout à un accoucheur, c'est de la patience en même temps que de la décision. » Ayons de la patience pour l'accouchement de l'enfant, mais ayons-en autant pour la délivrance. Une délivrance naturelle ne se fait pas souvent en une demi-heure, surtout pour les primipares. Le cordon n'est pas fait pour qu'on tire dessus le moins du monde.

L'utérus saura bien généralement se débarrasser de l'arrière-faix, sans qu'on l'y oblige, et je dirai même plus, il sera d'autant plus rebelle qu'on voudra l'y forcer ; il se cramponnera pour ainsi dire après le placenta qu'on veut extirper et si la majeure partie de la masse est enlevée quand même, quelques fragments resteront collés au fond de l'utérus, sans qu'on puisse presque s'en douter. Ces fragments se mortifieront par la suite et seront tant bien que mal éliminés avec les lochies, mais ils infecteront les trompes, les ovaires et la muqueuse utérine, laissant ainsi après eux des désastres souvent sans remèdes.

S'il est important donc, dans un accouchement, d'employer l'antisepsie la plus rigoureuse des mains de l'accoucheur et du vagin de la parturiente, s'il est capital de ne pas brusquer la sortie de l'enfant et de surveiller le périnée, s'il faut enfin réparer promptement les dégâts du périnée afin d'éviter tout prolapsus et toute déviation utérine ultérieurs, il est non moins indispensable de soigner la délivrance dans ses moindres détails. D'ailleurs, nous allons maintenant exposer la technique de toute délivrance.

II

TECHNIQUE DE LA DÉLIVRANCE.

L'enfant est expulsé, le cordon ombilical est pourvu de deux ligatures bien serrées faites, la première à 10 centimètres environ du ventre de l'enfant, la seconde à 14 centimètres, c'est-à-dire 4 centimètres plus haut, vers l'orifice maternel. On sectionne le cordon entre ces deux ligatures et l'enfant est emporté, réchauffé, nettoyé, lavé à grande eau. Laissons les soins de l'enfant et occupons-nous de la mère. S'il y a dans le ventre un second fœtus, on assiste à son expulsion, sans toucher, naturellement, au cordon du premier qui reste bien lié. S'il n'y a pas d'autres fœtus à expulser, on sectionne à nouveau le cordon, de manière à supprimer la ligature qu'on y avait placée et on laisse saigner l'extrémité ainsi privée de ligature : ce procédé hâte le décollement du placenta. On enveloppe le cordon dans un linge imbibé d'une solution de sublimé à 1/2000 ou de microcidine à 3/1000, et on surveille de temps en temps l'écoulement sanguin, pour s'assurer qu'il n'y a pas d'hémorrhagie. On attend alors *patiemment* que les contractions utérines achèvent de décoller le placenta ; de temps en temps, on masse un peu le ventre de l'accouchée pour réveiller les coliques et provoquer les contractions, mais on ne touche à rien, ni au cordon, ni à la vulve. SI UNE HÉMORRHAGIE TROP ABONDANTE SE PRODUIT et si l'accouchée est menacée de syncopes, il faudra faire une délivrance artificielle et hâtive ; pendant qu'on fera préparer une injection très chaude à 48 degrés, de 2 ou 3 litres de microcidine à 3/1000, ainsi qu'une sonde intra-utérine, ON ANTISEPTISERA PARFAITEMENT ses deux mains et ses avant-bras jusqu'au coude, par des savonnages, des brossages et des rinçages à l'eau microdicinée et on enduira le dos de la main qui devra être introduite, avec de la vaseline bien antiseptique ; les doigts étant alors réunis en cône, on introduit la main dans le vagin et on la pousse jusque dans l'utérus, sans hésitation, le poignet ferme l'entrée du vagin et forme tampon, pendant que la main opère dans l'uté-

rus. Le placenta est décollé par les bords avec l'extrémité des doigts, pendant que la main restée libre palpe l'abdomen à l'extérieur et refoule le fond de l'utérus vers la main intra-utérine. Le décollement opéré, on retire la main de l'utérus en saisissant le placenta et l'enlevant progressivement du conduit génital maternel.

L'injection chaude est aussitôt lancée avec la sonde intra-utérine : on examine le placenta et les membranes ; la main antiseptisée à nouveau est réintroduite et explore le fond de l'utérus qu'elle achève de nettoyer et le tout est terminé par une nouvelle injection chaude et une piqûre sous-cutanée d'ergotine ou mieux d'éther sulfurique. Si l'anémie est grave, et la syncope menaçante, on fait une transfusion intra-musculaire de sérum artificiel aseptique (NaCl 6/1000).

— Si l'hémorrhagie ne menace pas, on se borne à attendre que le placenta se décolle seul. Au bout d'une heure et demie environ, pour les primipares, d'une demi-heure pour les multipares, quelques coliques plus ou moins vives provoquent tout d'un coup la sortie de quelque chose de volumineux à travers les parties génitales (suivant l'expression qu'emploient les jeunes accouchées). On soulève alors les couvertures, et on trouve le placenta au milieu du lit, entre les jambes de la malade, entouré de plus ou moins gros caillots sanguins. La toilette doit être exécutée rapidement : le placenta examiné avec soin, les membranes rapprochées pour vérifier leur intégrité, on fait une *injection intra-utérine* antiseptique chaude et on rince les parois vaginales avec l'index bien antiseptisé.

Le périnée est alors visité avec attention, suturé s'il y a une déchirure, pansé et recouvert de compresses sèches de gaze au salol et d'ouate hydrophile.

— *Si au bout d'une heure et demie le placenta n'est pas expulsé*, frictionnez le fond de l'utérus avec persévérance, à travers la paroi abdominale et pratiquez le toucher vaginal seulement pour vous rendre compte de la situation. Peut-être, le placenta reste-t-il roulé dans le vagin et ne demande qu'un peu d'aide pour sortir. En tout cas, ne tirez pas sur le cordon.

Il arrive quelquefois *qu'au bout de deux heures*, le placenta n'a pas bougé et est demeuré accolé au fond de l'utérus. Que faire alors ? Attendre encore, du moment où il n'y a pas d'hémorrhagie abondante. — *Si au bout de trois heures*, rien n'a encore bougé, il faut encore attendre. A la rigueur, on peut recouvrir soigneusement la vulve et le cordon de compresses bien antiseptiques, *après avoir fait une bonne injection chaude à 48° dans le vagin*, et abandonner provisoirement l'accouchée pendant 3 ou 4 heures, en recommandant de ne toucher à rien, quoi qu'il arrive.

Au bout de 5 ou 6 heures, il est prouvé que la délivrance ne se fera point seule et qu'il y a enchâtonnement du placenta. Alors, on se préparera à provoquer une délivrance artificielle. Si l'enchâtonnement est modéré, on introduira simplement la main bien antiseptisée, vaselinée et repliée en cône, dans le fond de l'utérus ; le décollement sera fait avec les doigts, pendant que la main abdominale aidera les mouvements de la main intra-utérine. Si l'enchâtonnement est complet et ne permet pas l'introduction de la main dans l'utérus, sans violences, on aura recours au ballon de Barnes ou au ballon de Champetier de Ribes qui dilate aisément tout ce qu'on veut. Le principal est de bien antiseptiser le ballon, pour ne pas risquer d'introduire avec ce ballon des germes infectieux.

La dilatation obtenue, on introduira la main au fond de l'utérus et on décollera de force comme dans le cas précédent. Cette manœuvre du décollement est souvent pénible et demande une grande patience.

Le placenta est alors retiré, en même temps que la main, de l'utérus et une injection antiseptique de 48° est pratiquée immédiatement. Une exploration finale est nécessaire : la main purifiée est réintroduite de nouveau ; elle curette les débris qui pourraient être restés et de cette façon, on a l'assurance, quasi mathématique, que la cavité utérine est bien vide. C'est la condition sine quâ non de la sécurité pour les suites de couches. *Rien ne doit rester dans l'utérus, après la délivrance* ; il faut en être sûr à tout prix.

Les injections quotidiennes ou biquotidiennes sont utiles, à condition d'être pratiquées par une main expérimentée et propre ; au contraire, elles sont nuisibles quand elles sont confiées à des personnes sans expérience et il vaut mieux s'en abstenir.

Voilà les principes que doivent observer toutes les personnes qui prennent la responsabilité d'un accouchement même normal. Combien hélas ! sont éloignées de cette pratique, les sages-femmes que nous avons l'occasion de voir à l'œuvre ! En tout cas, qu'aucun médecin ne procède autrement, s'il veut préserver sûrement ses clientes des métrites et annexites chroniques que laissent trop souvent, après eux, les accouchements pratiqués par les sages-femmes.

Dr Paul Huguenin.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Convention Franco-Suisse

Convention entre la France et la Suisse, pour régler l'exercice de la médecine dans les communes limitrophes des deux pays. Décret du 29 mai 1889.

Cette convention avait déjà été proposée par la Suisse en 1885, mais les représentants du gouvernement français avaient émis, en ce qui concerne la Haute-Savoie, un avis nettement défavorable.

La Suisse revint à la charge en 1886, en faisant valoir que la loi du canton de Genève du 12 octobre 1881 permettait à nos praticiens des communes limitrophes d'exercer de l'autre côté de la frontière, et que dès lors il était équitable d'admettre la réciprocité en faveur des praticiens suisses. Consulté de nouveau, après de nouvelles informations, le représentant du gouvernement déclara que, du moment que la réciprocité existait déjà en fait, il ne voyait pas d'inconvénient à l'admettre officiellement, à la condition qu'elle fût restreinte à la partie *immédiatement* limitrophe de la Haute-Savoie... que, pour le surplus, les objections faites en 1885 étaient maintenues dans toute leur rigueur.

Voici les articles de cette convention qu'il est de l'intérêt de nos confrères de connaître, et la

liste des communes, dites limitrophes, des deux pays :

Article premier. — Les médecins, chirurgiens-accoucheurs, sages-femmes et diplômés suisses, établis dans les communes suisses limitrophes de la France, et qui, dans ces communes, sont autorisés à exercer leur art, seront admis à l'exercer de la même manière, et dans la même mesure, dans les communes limitrophes françaises.

Réciproquement, les médecins, chirurgiens-accoucheurs, sages-femmes et vétérinaires diplômés français, établis dans les communes françaises limitrophes de la Suisse, et qui, dans ces communes, sont autorisés à exercer leur art, seront admis à l'exercer de la même manière, et dans la même mesure, dans les communes limitrophes suisses.

Article 2. — Les personnes qui, en vertu de l'article premier, exercent leur profession dans les communes limitrophes du pays voisin, n'ont pas le droit de s'y établir en permanence, ni d'y élire domicile.

Elles seront tenues de se conformer aux mesures légales et administratives prévues dans ce pays.

Article 3. — Les médecins, chirurgiens-accoucheurs admis, en vertu de l'article premier, à exercer leur art dans les communes limitrophes du pays voisin, et qui, au lieu de leur domicile, sont autorisés à délivrer des remèdes à leurs malades, n'auront le droit d'en délivrer également dans les communes limitrophes de l'autre pays, que s'il n'y réside aucun pharmacien.

Les vétérinaires diplômés, admis à exercer leur profession dans la zone frontière, sont autorisés à vendre des médicaments dans les communes qu'ils visitent.

Article 4. — Les personnes qui contreviendraient aux dispositions des articles 2 et 3 ci-dessus seraient, à la première contravention, privées pendant un an du bénéfice créé par l'article premier ; en cas de récidive, elles perdraient tout droit à ce bénéfice et seraient rayées de la liste établie conformément à l'article 5 de la présente convention.

Article 5. — Au mois de janvier de chaque année, le gouvernement fédéral suisse fera tenir au gouvernement français un état nominatif des médecins, chirurgiens-accoucheurs, sages-femmes et vétérinaires diplômés établis dans les communes suisses limitrophes de la France, avec l'indication des branches de l'art de guérir qu'ils sont autorisés à exercer.

Un état semblable sera remis à la même époque par le gouvernement français au gouvernement fédéral suisse.

Article 6. — Un état annexé à la présente convention indiquera les communes françaises et les communes suisses auxquelles s'appliquent les présentes dispositions.

Liste des communes auxquelles s'appliquera la Convention entre la France et la Suisse :

Communes de la Haute-Savoie.

Toutes les communes du canton d'Annemasse.

Les communes d'Archamp, Beaumont, Bossey, Chénex, Chevrier, Collonges-sous-Salève, Dingy-en-Vuache, Feigères, Jonzier-Epagny, Neydens, Présilly, Saint-Julien, Savigny, Thairy, Valleiry, Vers, Viry et Vulbens, de l'arrondissement de Saint-Julien.

Les communes de Esserts-Esery, Fillinges, Monnetier-Mornex, La Muraz, Nangy et Reignier, du canton de Reignier.

Les communes de Ballaison, Bons, Breus, Chens, Douvaine, Excenevex, Loisin, Massongy, Messery Nernier, Saint-Didier, Veigy-Foncenex et Yvoire, du canton de Douvaine.

Les communes d'Allinges, Anthy, Armoy, Lyaud, Margencel, Marin, Sciez et Thonon, du canton de Thonon.

Toutes les communes du canton d'Evian.

Les communes d'Abondance, La Chapelle et Châtel (canton d'Abondance), de Chamonix et de Vallorcine (canton de Chamonix), de Samoëns et de Sixt (canton de Samoëns), de Montriond et de Morzine (canton du Biot).

Communes de la Suisse.

Canton de Vaud : Toutes les communes des districts de Nyon ; toutes les communes des districts de Vevey, de Lavaux, de Lausanne, de Morges, de Rolle et du cercle d'Aubonne.

Canton de Genève : Toutes les communes du canton.

Canton du Valais : Les communes de Saint-Gingolph, Port-Valais, Vouvry, Vionnaz, Collombey-Muraz, Monthey, Troistorrents, Val d'Illiez, Champéry, Massongex, Saint-Maurice, Mex, Evionnaz, Salvan, Fins-Hauts, Martigny-Combe, Orsieres.

BULLETIN DES SYNDICATS

Association syndicale des Médecins de l'Oise

10 *novembre* 1895.

Présents : MM. Maurat, *président*, Leroy, Cézilly, Mulette, Lemaire, Monin, Warde, Théry, Rochefort, Lescure, Jacquot, David et Wurtz.

Excusés : MM. Chopinet et Gey.

Assistance médicale gratuite.

Il n'a échappé à aucun des Médecins du département combien le service de l'assistance médicale dans les campagnes était défectueusement établi. Le Président du Syndicat, qui est en même temps un des Délégués des Médecins à la Commission départementale, a fait remarquer à M. le Préfet que les concessions faites par le corps médical de l'Oise sont les plus grandes qu'il puisse consentir et que, en agissant ainsi, avec une entière bonne foi, les Médecins espéraient que les Administrateurs des communes agiraient de même.

Il n'en a pas été ainsi ; telle commune du département qui jadis avait environ 120 indigents inscrits, n'a plus porté sur sa liste que 8 indigents.

Telle autre, qui devrait en avoir de 70 à 80, en a inscrit 15, et ce chiffre n'a été atteint qu'après observations de la Préfecture.

Ailleurs, systématiquement, on a inscrit 1 ou 2 indigents dans chaque famille indigente (sur 5 ou 6 membres), avec l'espérance que le Médecin voudra bien soigner Pierre à l'aide du carnet délivré pour Paul.

Telle commune de 8,000 habitants a trouvé moyen d'inscrire 200 indigents ; telle autre de 5,000 habitants en a inscrit 115 et aurait, paraît-il, l'intention de les réduire à 75 pour l'année prochaine.

Ces chiffres se passent de commentaires, aussi bien que les procédés des Commissions d'assistance et des Conseils municipaux.

Il est évident que cette manière d'agir démasque chez les Administrateurs communaux l'intention d'abuser de l'article 19, qui permet au Bureau d'assistance et au Maire d'admettre, en cas d'urgence, un malade non inscrit sur la liste.

Si cet article 19 persiste sans modifications, il n'est pas douteux que l'année prochaine le nombre des indigents régulièrement inscrits diminuera encore pendant que s'accroîtra la liste des inscrits en cas d'urgence.

Il s'en suit que la caisse départementale recevra, pour payer les Hôpitaux, les Pharmaciens et les Médecins, non plus 5 francs par tête

d'indigent, mais seulement 5 francs par tête de *malade*.

C'est l'organisation du déficit.

Dans ces conditions, il est certain que, accepter, pour l'avenir, la réduction proportionnelle des mémoires d'honoraires serait pour les Médecins du service, jouer un rôle de dupes.

Conformément à l'article 4 du règlement départemental, il y a lieu de demander, dès la première année, la revision d'un règlement que nous ne pouvons accepter pour 3 ans. Nous avons montré notre bonne volonté. Nous continuerons à faire tous nos efforts pour faciliter la tâche de M. le Préfet, mais il est une limite que nous ne saurions dépasser.

Le Président passe en revue tous les articles du règlement départemental et fait voir les défectuosités bien connues de tous et s'appuie notamment sur les articles 11, 12, 13, 16, 39 et 40.

L'article 11, visant la réduction des mémoires d'honoraires, est en effet d'une injustice criante, puisque, plus les Médecins auront fait de visites, plus ils auront dépensé en médicaments, moins grande sera la somme qui leur restera, bien que le nombre des visites se soit accru.

La somme affectée au paiement des honoraires doit être proportionnelle au nombre des visites faites, et non pas inversement proportionnelle comme le voudrait l'article 11.

Tous les Membres de l'Association sont d'accord pour exiger la suppression de cet article.

Après cet exposé, le Président met aux voix la proposition suivante qui est votée à l'unanimité :

L'Assemblée,

1° Attendu que les Médecins de l'Oise ont consenti en faveur des indigents le maximum des réductions possibles sur le prix habituel de leurs honoraires ;

2° Attendu que certains Maires du département, connaissant les instructions préfectorales ont dressé les listes des indigents sans soins, et souvent d'une manière inexacte ;

3° Attendu que les médecins du service sont sans action sur les Maires, et ne sauraient, en somme, être chargés de les obliger à se conformer aux instructions préfectorales,

Demande formellement l'abrogation de l'article 11 du règlement, ainsi que des modifications aux articles 12, 13, 16, 39, 40.

Le Syndicat déclare en outre ne pouvoir consentir à assurer le service dans les conditions du règlement actuel, et charge son président de transmettre cette délibération à M. le Préfet, en lui demandant une audience pour lui exposer de vive voix les desiderata du corps médical de l'Oise.

Il lui adjoint, dans ce but, MM. Chevallier, *de Compiègne*, et Bailly, *de Chambly*.

Membres du Syndicat.

De nombreuses adhésions nouvelles ont porté le nombre des membres du Syndicat à 52 ; en raison de l'intérêt que présente une entente absolue des Membres du Corps médical, beaucoup de Confrères, non encore adhérents, auront à cœur de se joindre à nous pour nous apporter l'appui moral du nombre.

Liste des membres du Syndicat médical de l'Oise.

MM. Adamsky, *Neuilly-en-Thelle* ; Bouret fils, *Ribécourt* ; Bourgeois, *Auneuil* ; Bourdon, *Méru* ; Bouvier, *Grandfresnoy* ; Bailly, *Chambly* ; Cézilly, *Chantilly* ; Cadier, *Paris* ; Chopinet, *Crépy* ; Crouzet, *Creil* ; Chevalier, *Compiègne* ; Cruard, *Attichy* ; Castro, *Méru* ; Delaporte, *Cires-les-Mello* ; Demmler, *Saint-Leu-d'Esserent* ; Dureau, *Senlis* ; Delouard, *Béthisy* ; Duprat, *Béthisy* ; Duhamel, *Villembray* ; Delobelle, *Noyon* ; Delalande, *Saint-Just-en-Chaussée* ; Delaux, *Bresle* ; David, *Thourotte* ; Duvivier, *Compiègne* ; Gauron, *Pont* ; Grenier, *Nanteuil* ; Gey, *Méru* ; Jacquot, *Creil* ; Joly, *Clermont* ; Kleskowsky, *Grandfresnoy* ; Leroy, *Noyon* ; Lemaire, *Compiègne* ; Lavernot, *Orry-la-Ville* ; Lescure, *Verberie* ; Maurat, *Chantilly* ; Mulette, *Pont* ; Manières, *Estrées-Saint-Denis* ; Mousset, *Noyon* ; Maillet, *Sainte-Geneviève* ; De Raissac, *Senlis* ; Robert, *Guiscard* ; Rochefort fils, *Tracy-le-Mont* ; Thery, *Compiègne* ; Troncin, *Plessis-Chamant* ; Véroudart, *Noyon* ; Vincent, *Gouvieux* ; Vincent-Martin, *Sacy-le-Grand* ; Wilinsky, *Rully* ; Warde, *Le Meux* ; Wurtz, *Compiègne* ; Zègre, *Clermont* ; Monin, *Ivry-le-Temple*.

REPORTAGE MÉDICAL

Concours des hôpitaux. — Le concours pour trois places de médecins des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. les Drs Klippel, Toupet et Barbier.

— *Service militaire des étudiants.* — Par décision du Ministre de la guerre, les étudiants renvoyés dans leurs foyers après un an de service militaire, doivent être considérés comme disponibles. S'ils ont subi avec succès l'examen d'aptitude professionnelle, ils peuvent être nommés médecins auxiliaires, avant leur passage dans la réserve, et seront convoqués comme tels pour la période d'instruction de 28 jours.

— *Police sanitaire maritime.* — L'*Officiel* du 21 janvier publie le nouveau règlement de police sanitaire maritime.

« Tel qu'il se présente, dit le rapport, le nouveau règlement réalise sur le précédent un progrès considérable : il diminue grandement les charges de la navigation ; il augmente les garanties qu'exige la protection de la santé publique ; il supprime les quarantaines pour les remplacer par des informations sanitaires précises, — par des mesures prophylactiques prises, autant que possible, soit au départ, soit à bord du navire, sous le contrôle d'un médecin spécialement agréé à cet effet, — par une surveillance médicale appliquée, en cas de nécessité, aux passagers, après leur mise en libre pratique, pendant une période de quelques jours correspondant à la durée d'incubation de la maladie ; il accorde des facilités et des avantages particuliers, tels qu'une notable réduction de taxes aux navires qui, secondant les vues du Service sanitaire, auront à bord un médecin sanitaire et une étuve à désinfection, et pourront certifier à leur arrivée que toutes les mesures de désinfection et d'assainissement prescrites ont été rigoureusement effectuées durant la traversée. »

Tout ceci est fort juste, mais notons qu'on vise seulement le choléra, la peste et la fièvre jaune.

De plus, si le règlement établit la constitution d'un *tableau des médecins sanitaires maritimes*, et la possibilité pour le médecin d'être rayé de ce tableau en cas de négligence, il n'améliore en rien la situation de nos confrères embarqués qui restent en fait sous la dépendance et le caprice des Compagnies, cette lacune pourrait bien rendre illusoire

les avantages prévus et recherchés par le gouvernement.

— *Station hivernale de Sanary (Var).* — M. le Dr Frichet, membre du Concours médical, qui s'est fixé à Sanary (Var), nous prie de faire connaître à nos confrères que cette petite localité méditerranéenne, jouit d'un climat vraiment délicieux, et qu'elle constitue l'une des plus agréables et des meilleures stations hivernales de la région. Il en recommande le séjour aux convalescents, aux débilités, aux lymphatiques, et surtout à ceux que guette la tuberculose.

— *Mort de M. le Dr Prengrueber.* — Le 27 janvier ont eu lieu les obsèques de M. le Dr Prengrueber, chirurgien des Hôpitaux, ancien rédacteur en chef du *Bulletin médical* et membre de *l'Association de la presse médicale.* De nombreux amis sont venus accompagner à sa dernière demeure, ce collègue distingué dont les grandes qualités ont été appréciées de tous ceux qui le connaissaient.

— *Académie de médecine.* — Dans sa séance du 28 janvier l'Académie a élu comme correspondants nationaux, MM. Gross (de Nancy) et Poncet de (Lyon). On se souvient que ce dernier eut l'honneur de prodiguer inutilement ses soins au président Carnot après l'attentat dont il fut victime.

— *Concours de l'Internat.* — *Internes titulaires* : 1. MM. Veau, J. Roger, Ghiska, Castaigne, Rosenthal, Durrieux, F. Monod, Terrien, Rebreyeud, Merklend ;

11. Deguy, Ferron, Théoari, M. Millet, Dupuy-Dutemps, Kelm, Dartigues, Griffon, Laroche, Ulmann ;
21. Chaillous, Pétron, Alf. Martinez, Druault, Constensoux, J.-C. Roux, H. Tissier, P. Grosjean, Gibert, Grisel ;
31. Ardouin, Fontoynont, Roques, Georghiu, Audion, Turner, Bernheim, Bigard, Cadol, H. Herrenschmidt.
41. Coyon, Marcille, Hennecart. Ed. Mercier, Guibé, Menier, Mettetal, Guillemot, Luys, Véron.

Internes provisoires : 1. MM. E. Weil, Cochmé, Guilbaud, Rudaux, Pédeprade, Fresson, Monthus, Zadok, Guery, Hivet.
11. De Font-Réaulx, G. Hauser, Poix, Le Dard, Larrieu, Delestre, Jousset, Ch. Michaux, Iselin, Tournemelle.
21. Clerc, d'Herbécourt, Nicaise, L. Sicard, Rastouil, Gauilleur L'Hardy, Moret, Deroyer, Bacaloglu.
31. Rellay, Masbrenier, Ungauer, Lenglet, Nimier, Pelisse, J. Lévry, Thoyer, Minet, Tesson, Célos.
41. Fossard, G. Levry, Nollet, Elias, Chastanet, Ballet, Guillemard, Drouard, Ad. Mauger, M. Guillot.
51. Gauchery, Benj. Weill, Audistère.

— *Les laboratoires des hôpitaux.* — Le Conseil municipal de Paris vient de voter des subventions pour un bon nombre de laboratoires des hôpitaux, mais il a mis à l'étude la question de création d'un seul laboratoire par hôpital, et de plus d'un grand laboratoire central.

— *Mortalité infantile par défaut de soins.* — Dans la séance de l'Académie de médecine du 4 janvier dernier, M. le Dr Lagneau a établi que le sixième des enfants qui meurent en France avant l'âge d'un an, périssent faute de soins. Aussi a-t-il proposé d'étendre l'application encore incomplète de la loi sur la protection de la santé publique.

— *Intoxication par feuilles de vigne.* — Le gouvernement autrichien vient d'interdire l'enveloppement du beurre et des fruits dans les feuilles de vigne. Celles-ci auraient donné lieu à des intoxications provenant des impuretés du sel de cuivre employé dans le sulfatage.

— *Le Conflit médico-mutualiste belge.* — La résistance des médecins de Bruxelles aux prétentions mutualistes vient de s'étendre jusqu'à Mons. Les médecins ont accepté de continuer leurs soins provisoirement jusqu'à la fin du semestre, mais ont dénoncé leurs contrats. Le gouverneur de la province du Hainaut a été nommé arbitre dans ce grave différend.

— A Berlin il est décidé que les femmes seront admises à suivre les cours de l'Ecole de pharmacie. En France rien ne s'oppose, que nous sachions, à ce que les jeunes filles, pourvues du brevet supérieur, puissent suivre l'enseignement de nos écoles de pharmacie. Depuis des années nous avons indiqué et nous indiquons de nouveau aux médecins une utile direction à fournir aux familles.

— *Formulaire des médicaments nouveaux pour* 1896, par H. Bocquillon-Limousin, pharmacien de 1re classe, lauréat de l'Ecole de pharmacie de Paris. Introduction par le Dr Huchard, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-18 de 300 pages, cartonné. 3 fr. *Librairie J.-B. Baillière et fils*, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

— *Formulaire de Médecine pratique*, par le Dr Monin. Un volume in-12 de 700 pages, cartonné à l'anglaise. Prix : 5 fr. Société d'Editions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

Ce volume de 700 pages, élégamment relié, comprend « tout ce que la médecine contemporaine renferme d'utile et d'applicable à la guérison des malades ». *C'est le plus complet et le plus commode à consulter des formulaires* : il est classé par ordre de maladies. Ainsi s'explique le succès croissant et durable de ses éditions successives, aussi bien auprès des médecins-praticiens que du public intelligent.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4.060. — M. le docteur Cazanove, de Névian (Aude), présenté par M. le docteur Joulié, de Narbonne.

N° 4.061. — M. le docteur Prat, de Lachourbie par Calvinet (Cantal), présenté par M. le Directeur.

N° 4.062.— M. le docteur Balp, de Garches (S.-et-O.), membre du Syndicat de l'arrondissement de Versailles et présenté par M. le docteur Le Menant des Chesnais, de Ville-d'Avray (S.-et-O.).

N° 4.063. — M. le docteur Lasne, d'Aix-en-Othe (Aube), vice-président du Syndicat des médecins suburbains de l'arrondissement de Troyes et membre de l'Association amicale des médecins français.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Guillaud, de Civray (Vienne) et Le Grip, de Paris, membres du Concours Médical.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MEDICAL
JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »
FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Nos œuvres de prévoyance.

Nos lecteurs, ceux qui ont adhéré aux œuvres de prévoyance créées par le *Concours* comme ceux qui ont l'intention d'y adhérer, seront heureux de connaître leur situation financière et morale.

1° *Caisse des pensions de retraite du Corps médical français.*

La Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français poursuit sa marche en avant. On va pouvoir en juger par les tableaux suivants.

Le bilan, qui se soldait au 31 décembre 1894 par 524,360 fr. 98, est aujourd'hui de 569,179 fr. 96, d'où une différence de 44,818 fr. 98 pour l'exercice 1895.

Situation au 31 décembre 1895.

Espèces en caisse ... F.	16.291 46
Portefeuille ...	552.888 50
Total ... F.	569.179 96

Situation au 25 janvier 1896.

Espèces en caisse ... F.	4.561 81
Portefeuille ...	571.808 50
TOTAL ... F.	576.370 31

Bilan au 31 décembre 1895.

Espèces en caisse ... F.		16.291 46
PORTEFEUILLE.		
19 oblig. communales 1879	9.490 50	
260 oblig. du Midi ...	121.838 75	
4,560 fr. rente 3 % amort.	154.686 75	
100 oblig. foncières 1883.	45.800 »	
50 oblig. communal. 1892.	25.412 50	
100 oblig. Orléans ...	47.325 »	
20 oblig. foncières 1879..	9.820 »	
15 oblig. P.-L.-M. ...	54.625 »	
1,200 fr. rente 3 % ...	60.690 »	
50 oblig. de l'Est ...	23.200 »	
		552.888 50
TOTAL ... F.		569.179 96

Capital inaliénable ...	495.165 02
Caisse de réserve ... F.	67.622 10
Caisse auxiliaire ... F.	6.392 84
TOTAL ... F.	569.179 96

Nota. — Au 23 janvier 1896, le portefeuille a été augmenté de 40 obligations du chemin de fer du Midi, soit de 18,920 francs.

Le Trésorier,
Dr H. VERDALLE.

2° *Association amicale des médecins français.*

L'Association amicale des médecins français compte 319 membres au bout de deux années seulement d'existence.

Son bilan, au 31 janvier 1896, se solde par un actif de 37.615 fr. 79.

Bilan au 31 janvier 1896.

Avoir à la Caisse nationale d'épargne.	1.000 »
200 fr. de rente 3.5 % ...	6.194 40
10 obligations Est 3 % nouvelles ...	4.699 45
20 obligations Midi 3 % anciennes..	9.158 50
20 obligations Est 3 % anciennes ...	9.474 40
Espèces en caisse ...	7.089 04
TOTAL ... F.	37.615 79

Le Trésorier,
Dr A. GASSOT.

Nous rappelons que pour la Caisse des pensions de retraite on doit écrire à M. le Dr Delefosse, 22, place Saint-Gorges (Paris), et pour l'Association Amicale à M. le Dr Jeanne, à Meulan (Seine-et-Oise).

Les médecins et la presse politique.

Il est pénible de constater que, d'une façon générale, dans les conflits où nous sommes mêlés, les rieurs ne sont pas de notre côté.

Nos confrères militaires en savent quelque chose : les accusations de négligence, de routine, d'inhumanité, pleuvent à tout moment sur leur tête. — Le reportage et les gazettes s'en donnent à cœur joie, dès qu'un malheureux sol-

dat se permet de mourir, sans les avoir consultés sur la façon dont il doit le faire. « Il faut, disent-ils, rechercher les responsabilités. » Mais, cet excellent conseil donné aux autres, ils se gardent bien de le suivre eux-mêmes. — Sans attendre la fin d'une enquête, ils partent en guerre sur des potins de concierge, et crient : « Sus au médecin, au barbare, au vendu ! » Et l'indignation publique monte contre nous, en même temps que la vente du journal, pendant que l'instruction de l'affaire établit la parfaite innocence du médecin incriminé. Cela s'est vu dix fois dans l'année qui vient de finir.

S'agit-il des conclusions d'un médecin aliéniste, en matière d'incapacité civile, de séquestration nécessaire ? — Même concert éclate, c'est l'aliéné qui semble conduire l'orchestre.

Si l'on nous délègue à l'application de mesures d'hygiène publique, nous sommes sûrs de rencontrer cette sympathie d'un genre particulier qui accueille les agents de M. Lépine, ou quelque chose d'analogue.

Mais il y a mieux.

Lisez donc dans toutes les feuilles qui défendent, avec raison, l'opprimé contre l'oppresseur, ce qui s'écrit à notre sujet. Là, comme ailleurs, on sait que notre profession nourrit à peine son homme; que nous sommes des ouvriers en redingote; que nous avons créé des Syndicats, afin de nous arracher à toutes les exploitations, que les besoins, les désirs, les revendications du prolétariat sont aussi les nôtres. Eh bien ! on nous considère trop souvent, dans ce milieu, comme des bourgeois repus et rapaces, soucieux de vider la bourse des gens, sous prétexte de les guérir. Quand nous parlons de refuser nos services aux gens *aisés*, qui n'ont pas honte de mendier dans les cliniques, les hôpitaux, les Sociétés de secours mutuels, etc...., l'assistance due aux pauvres, voyez-vous la presse démocratique faire, en notre faveur, une levée de boucliers ? Quand nous établissons dans nos tarifs d'honoraires cette idée de progression, si chère aux financiers vraiment républicains, trouvons-nous jamais une aide, un éloge, dans les journaux qui prêchent la juste répartition des charges sociales ? — Nous en sommes depuis longtemps à la pratique, nous médecins, et tel est l'accueil que nous font ceux qui restent à la théorie ! — Après tout, c'est peut-être que nous ne sommes pas assez intransigeants, que nous ne réclamons pas notre Dimanche et la journée de huit heures !!

Jetons maintenant les yeux sur les feuilles sages. dévouées à l'esprit de conservation, défiantes à l'égard du progrès, amies du statu quo perpétuel, à défaut d'un recul désirable. — Là, on manie parfois l'encensoir envers les princes de la science, qui ont en quelque sorte forcé les portes de l'aristocratie fin de siècle. — Mais le menu fretin des médecins, cest-à-dire la presque totalité du corps médical, devient la gent taillable à merci. On lui fait honneur quand on veut bien se décharger sur elle du soin d'assister à ses frais les pauvres diables : cela fait partie de son sacerdoce et pas n'est besoin de la rétribuer. Si elle se permet de donner des avertissements, ou même seulement de réclamer son indépendance, en présence des caprices tyranniques d'un administrateur de pacotille, on pousse les hauts cris. Quant à lui laisser le droit d'organiser sa défense professionnelle, de créer des Syndicats, de faire respecter ses tarifs d'honoraires, d'appeler la magistrature à son secours, contre les atteintes portées à la santé publique par les guérisseurs, zouaves ou prêtres, religieuses ou rebouteuses, ce sont là des *privilèges*, et ma foi, les classes élevées n'en ont déjà plus tant, pour se dessaisir sans regret de ceux-là. — On le fera, si on ne peut agir autrement. — Et en attendant, vive Molière et ses clichés remis à neuf.

Au fond, n'est-ce pas, chers confrères, la presse joue le rôle des mauvais clients, qui s'efforcent toujours de nous brouiller avec le public et entre nous. Si c'est ainsi qu'elle comprend sa mission d'éducatrice, c'est qu'elle se place à

FEUILLETON

La thèse de doctorat.

On a supprimé, il y a quelques années, les thèses d'agrégation. Voici qu'on parle de supprimer les thèses du doctorat. Je ne doute pas qu'on finira par s'y décider. Un vent de réformes souffle de toutes parts. On en veut ; il en faut. Justifiées ou non, toutes celles qui sont proposées arrivent à s'accomplir. Foin des anciennes coutumes et des vieilles traditions. On les juge toutes et on les condamne toutes sur ce seul grief et sur ce seul considérant : « Routine. » Nous voulons du nouveau, n'en fût-il plus au monde. On nous en donne ; de quoi nous plaindrions-nous ?

La disparition de la thèse pour l'agrégation n'a guère soulevé de protestations. On en a facilement pris son parti, et des esprits, non moins sages qu'amis du progrès, pensent que cette antique épreuve est désormais remplacée avec avantage par les rapports généraux de débuts de congrès, qu'on a heureusement inaugurés à Bordeaux ces jours derniers. La plupart de ces rapports ont été en effet remarquables, mais ils ne remplacent pas, à mon avis, les thèses d'autrefois où, périodiquement, de trois ans en trois ans, se fixaient les progrès accomplis, s'affirmaient les acquisitions faites, pendant les intervalles, dans les diverses branches de l'art de guérir. Bon nombre de ces travaux de concours étaient des œuvres de maîtres, jalons posés sur la route de la science, documents précieux pour son histoire.

Infiniment plus modestes, les thèses de doctorat que certains voudraient voir disparaître à leur tour, ne me paraissent pas, non plus, justifier la mesure radicale dont elles sont menacées. Elles sont plus qu'une simple formalité, et si beaucoup d'entre elles ne représentent qu'une hâtive et insignifiante compilation, le nombre de celles qui ont quelque mérite et, parfois, une vraie valeur, devrait sauver les autres de la ruine. Les thèses inaugurales n'ont aucune prétention à marquer les étapes de la science, à être des dates dans son histoire, mais elles apportent à ses progrès une aide qu'on aurait tort de dédaigner. La mise en commun de tous ces efforts, l'accumulation de tous ces labeurs n'est certainement pas stérile, ne peut pas l'être. Tant d'idées ne sont pas brassées, tant d'observations ne sont pas réunies sans qu'il en résulte un pro-

un point de vue qui nous échappe, ou qu'elle n'a pas encore saisi l'importance de notre tâche sociale.

Cela viendra peut-être un jour.

Nous le souhaitons, en tout cas, pour la disparition des préjugés, pour le bien du pays, et pour les progrès, dont nous avons, sans doute, une intuition aussi juste que beaucoup de reporters bien peu documentés.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

La rubéole.

Nous avons récemment parlé des nombreuses erreurs de diagnostic commises à propos de la rougeole et signalées par le Dr Comby. Pour fixer le diagnostic rougeole, avons-nous dit, il faut avoir constaté l'existence de la stomatite érythémato-pultacée ; sinon, il faut conclure à une autre maladie. La rubéole est une des maladies qui ressemblent souvent à la rougeole et qui sont très fréquemment confondues avec elle.

« Pour les uns, dit le *Monde médical*, c'est une rougeole modifiée ; pour les autres, c'est un type hybride de scarlatine et de rougeole ; quelques-uns la confondent avec la roséole idiopathique primitive ; enfin, les derniers la décrivent comme une maladie spéciale autonome distincte de toute affection similaire.

« La rubéole est une maladie éruptive épidémique et contagieuse. Roques, Bourneville, Bricon, Arnozan, Juhel-Renoy, ont observé des épidémies et des faits de contagion indiscutables. Pour Juhel-Renoy, elle est aussi contagieuse que la rougeole.

« Les enfants de deux à quinze ans sont le plus fréquemment atteints. A partir de cet âge, elle est exceptionnelle.

« La durée de la période d'incubation est mal connue. Gauthier, Boudet, Renoy la fixent à 12 ou 15 jours ; Roques de 4 à 21 jours. On peut dire que la durée moyenne est de 15 jours environ.

« La période d'invasion est très courte, de 12 à 24 heures. Il est rare d'observer une phase prémonitoire caractérisée par des frissons, du malaise, des vomissements.

« La fièvre est rarement élevée, elle oscille entre 38 et 39° ; le chiffre de 40° est exceptionnel.

« L'éruption est rapide et se disperse assez vite sur le corps ; elle se caractérise par des papules qui débutent le plus souvent, mais non toujours, par la face ; puis ce sont des taches, des macules rouges ou roses, vaguement arrondies, plus ou moins larges et ressemblant à s'y méprendre à l'éruption de la rougeole. Ces taches s'effacent sous le doigt ; elles peuvent se réunir sur le corps et sur les membres, former de larges plaques scarlatiniformes, d'aspect framboisé et même ecchymotique.

« Comme symptômes fonctionnels provoqués par l'éruption, le malade ressent une cuisson vive ou des démangeaisons. Il n'y a pas de gonflement de l'enveloppe cutanée.

« Les muqueuses sont aussi frappées par l'exanthème. On constate du gonflement des narines avec catarrhe nasal, de la conjonctivite avec larmoiement, et la gorge et les amygdales sont le siège d'un état inflammatoire que dénote une rougeur uniforme avec un peu de dysphagie. Cette angine n'est pas grave, comme celle de la scarlatine. La langue est normale ou présente un aspect légèrement saburral.

« Un des signes les plus caractéristiques, un symptôme pathognomonique pour ainsi dire de la rubéole, consiste dans un gonflement général de tous les ganglions lymphatiques du cou. L'adénopathie peut envahir la région inguinale et axillaire. Cette tuméfaction peut être très accusée ou au contraire bénigne et passerait inaperçue, si on ne prenait soin de la rechercher.

« Au bout de cinq ou six jours, toute trace d'éruption disparaît sans trace de desquamation ou avec une desquamation furfuracée. »

---

fit. Admettons, pour ne rien exagérer, que vingt pour cent de ces travaux soient bons ; est-ce là un appoint tout à fait négligeable ? C'est la lumière projetée sur quantité de points — secondaires, si l'on veut — ; sur mille détails — d'arrière-plan, je l'accorde — ; sur une foule de questions — d'importance réduite, c'est possible (à supposer que les vérités scientifiques soient suscepitbles d'être ainsi hiérarchisées), — mais toutes ces petites acquisitions sont-elles si méprisables ?

Que de faits, que d'idées n'auraient pas vu le jour ou l'auraient vu seulement beaucoup plus tard, s'ils n'avaient eu pour se produire l'occasion de quelque thèse ! Sans doute, ces idées-là n'appartiennent généralement pas à l'auteur du travail. Elles ont été émises devant lui, semées en son esprit par le maître, au hasard d'une conversation, dans le cours d'une visite d'hôpital, en une causerie de laboratoire ; un incident chirurgical, une surprise d'expérience les ont fait naître. L'élève n'a fait que les recueillir, les cultiver, les développer, leur donner un corps. Cela est déjà beaucoup. Le maître n'eût pas trouvé le temps, peut-être, de creuser le terrain. D'autres travaux absorbent ses heures, d'autres recherches réclament ses méditations. L'idée eût été perdue, oubliée, retrouvée plus tard probablement, mais combien plus tard ?

L'importance, l'utilité tout au moins, des thèses de doctorat, me paraît être mise en relief chaque jour par la lecture de maints travaux originaux, de maints mémoires. Il n'en est guère où l'on ne retrouve, citées dans le texte même ou dans les notes qui l'accompagnent à titre de justifications bibliographiques, quelques-unes de ces thèses décriées et qu'on propose de proscrire. Elles ne sont point rares celles que la presse médicale ne juge pas indignes d'une courte analyse ou d'une discussion sommaire. C'est en faveur de celles-là qu'il faut savoir supporter les autres, celles dont l'inutilité, après tout, est le plus grand, même le seul défaut. Car à qui et à quoi portent-elles préjudice ?

Dispendieuses ? Oh ! je le sais bien, voilà le grand argument qu'on fait valoir, puisqu' en réalité il n'en est guère d'autre à invoquer sérieusement. Celui-là même est-il de quelque poids ? Quelle aggravation appréciable est donc la thèse, droit de soutenance et prix d'impression ensemble, aux frais énormes qu'exige l'instruction médicale ? Qui a pu vivre pendant quatre ou cinq ans de la vie d'étudiant en une ville

Au point de vue du diagnostic, on pourrait hésiter peut-être entre la rubéole, la rougeole, la roséole et la scarlatine.

La roséole est rare. Son incubation dure près de trois semaines. Au moment de l'invasion, il y a de la fièvre, des frissonnements et souvent des troubles digestifs, quelquefois des convulsions. La durée de cette période est de 24 à 48 heures. L'éruption de la roséole est caractérisée par de petites taches rouges assez régulièrement arrondies non irrégulières et déchiquetées. L'éruption peut être localisée à un membre, et il n'y a pas de larges plaques érythémateuses. L'exanthème s'accompagne de fièvre et disparaît en 48 heures généralement. On observe de fréquentes démangeaisons. Jamais de coryza, de larmoiement, ni de toux dans la roséole ; absence aussi de toute adénopathie

La rougeole, à son tour, se distingue nettement de la rubéole. Ici le catarrhe oculo-nasal précoce, l'état fébrile, la toux, les caractères de l'éruption sont des signes suffisamment caractéristiques, ainsi que le catarrhe bronchique. La rougeole ne préserve pas de la rubéole et inversement.

La scarlatine a une période d'invasion très violente, et une manifestation pharyngée dont l'acuité ne permet guère d'erreur.

En somme, la rubéole doit être considérée comme ayant une autonomie parfaite ; c'est une maladie particulière, bien distincte.

Le traitement sera l'expectation plus ou moins masquée par le séjour à la chambre, quelques purgatifs, et des tisanes au choix. Au point de vue prophylactique, il faut isoler le malade pour éviter la contagion.

Les lavements alimentaires à l'huile émulsionnée.

La *Chronique médicale* nous donne de très intéressants renseignements sur l'ingénieuse invention de MM. *Revilliod*, de Genève, et *Zoppino*, son élève, à propos de l'alimentation par l'huile émulsionnée. C'est sous forme de lavements que ces médecins administrent l'huile de foie de morue émulsionnée. Ce procédé, que nous allons décrire, a l'avantage de remplacer l'administration banale, toujours si difficile, des huiles à hautes doses.

Ces lavements, grâce aux artifices de l'émulsion, sont absorbés par le rectum. Ils diffèrent en cela des lavements huileux non émulsionnés, qui sont seulement purgatifs. Ils procurent l'augmentation du poids du corps, de la nutrition et de l'état général des cachectiques et des phtisiques. Par leurs propriétés toniques et eutrophiques, ce sont des moyens indirects de provoquer le retour de l'appétit et des fonctions digestives. De plus, ils ne constipent point. D'où leurs multiples *indications*.

Le succès de leur emploi dépend en partie de la manière dont on les formule et les prépare.

Choix du véhicule. — Après divers essais, il semble qu'on peut employer indifféremment l'huile d'olive ou l'huile d'amande douce (Zoppino). En tout cas, il faut le répéter, ces huiles doivent être à l'état d'une émulsion que l'on obtient d'après l'une des trois formules suivantes :

Lavement alimentaire huileux simple (Revilliod) :

Huile de foie de morue...	300 grammes
Jaune d'œufs............	N° I
Eau de chaux...........	200 grammes

Pour des lavements de 150 cent. cubes, dosant 60 à 70 grammes d'huile.

Lavement alimentaire huileux et salé :

Huile de foie de morue.	1.000 grammes
Jaunes d'œufs..........	N° IV
Chlorure de sodium....	7 grammes
Eau..................	35 grammes

F. s. a. l'émulsion et ajoutez le chlorure de sodium.

---

de Facultés, subira-t-il un grand dommage de cette dépense dernière qu'il est possible de contenir dans des limites fort modérées ? Ce n'est pas au moment où cette ultime épreuve — ce gros mot vous fait sourire ? — disons alors, où cet acte probatoire ultime sépare seul les jeunes gens de l'heure dorée où le *jus impune occidenti* va leur faire l'existence de nabab connue de nous tous, qu'ils peuvent avoir le souci de quelques misérables louis que coûte l'honneur d'être argumenté sous la toge et le bonnet. Cela ne met personne sur la paille et fait vivre pas mal de gens.

Je ne voudrais pas me porter garant de ce que pense la génération actuelle. Est-elle plus sceptique, plus désabusée, plus pratique que la mienne ? J'incline à croire que la jeunesse a de tout temps été identique à elle-même. Les qualités qui en sont le privilège ont, Dieu merci, un caractère de permanence grâce auquel le passé, pour elle, peut répondre du présent et de l'avenir. Or, si de mon temps, on avait parlé de supprimer la thèse nous en eussions été très marris. Nous n'aurions peut-être pas osé le dire très haut, ni le laisser trop voir — par modestie, amour-propre ou respect humain, selon les cas — mais presque tous, sûrement, nous l'eussions vue disparaître avec regret.

Quelque peu d'illusions qu'on puisse avoir sur la valeur de l'œuvre, même bâclée à la hâte, dans la fièvre des derniers jours, avec le seul désir d'en avoir fini, elle est le couronnement des longues études. A supposer que la science ne lui ait jamais rien dû, la profession du moins lui devrait un peu de gratitude pour le lustre qu'elle en reçoit. Une part, je la crois petite, mais une part de la considération dont nous jouissons, pourrait bien découler d'elle. Thèse et doctorat sont deux termes inséparables. Supprimez l'une, l'autre n'est plus rien qui vaille. Des examens échelonnés le long des semestres d'études, sans la consécration finale qui de ces anneaux disjoints fait une chaîne ininterrompue, ne sauraient maintenir le prestige, ni conférer l'autorité morale, qui sont un de nos plus sûrs moyens d'action et le meilleur élément de notre force. Ce serait transformer notre confrérie en un vaste corps d'officiers de santé. Croyez que le public arriverait promptement à nous considérer ainsi.

Que de bonnes choses encore disparaîtraient avec la thèse. Que de souvenirs d'affectueuses

Pour des lavements de même dosage.

Lavement alimentaire huileux à l'hypophosphite de chaux :

Huile de foie de morue..	600 grammes
Gomme adragante.......	2,50 centigr.
Gomme arabique........	50 grammes
Hypophosphite de chaux	2,50 centigr.
Eau de chaux............	q. s. pour un litre.

Pour des lavements de semblable dosage.

L'addition de sel marin dans la seconde formule a pour effet de rendre la muqueuse rectale plus tolérante.

La dernière préparation est la moins stable des trois.

De plus, MM. Revilliod et Zoppino ont préparé *une émulsion huileuse pancréatico-biliaire* par le mélange d'un extrait aqueux, fait à froid, de pancréas et du mucus de bile de porc, avec de l'huile de foie de morue. Cette émulsion est d'une préparation pharmaceutique plus délicate, mais plus facilement absorbable.

Mode d'administration : 1° Dans le cas de constipation, donner préalablement un lavement évacuateur. Sinon, administrer le lavement avant le coucher et après une selle ;

2° Comme instrumentation ; une seringue de 130 centimètres cubes, munie d'une longue sonde molle ;

3° Le malade introduit doucement et profondément la canule jusqu'à 15 centimètres au moins dans le rectum, pratique lentement l'injection, demeure immobile dans le décubitus dorsal et conserve le lavement pendant 10 à 12 heures, temps nécessaire à l'absorption de l'huile.

Dosage. La dose quotidienne de l'huile, au début du traitement, est de 60 à 75 grammes. On l'élève les jours suivants à 100 ou 150 grammes et même au delà. L'addition de quelques gouttes de laudanum en facilite la tolérance.

Ce procédé a donné de véritables succès dans des cas de tuberculose pulmonaire, de carcinose, de néphrite, de neurasthénie même.

Emploi du bandage abdominal à la période de dilatation dans les accouchements.

D'après le Dr *Charuel*, de Bordeaux, le meilleur procédé pour remédier au retard de la dilatation dans les accouchements, consiste dans l'application immédiate d'un bandage abdominal compressif.

Et, en effet, toutes les fois qu'il y aura un retard, voire même un défaut de la dilatation causé manifestement par une éventration de la paroi abdominale, le bandage abdominal, convenablement appliqué, sera infaillible dans ses effets.

On sait que déjà, pendant la grossesse, les muscles droits de l'abdomen, sous l'influence du développement rapide de l'utérus, tendent à se séparer de la ligne médiane. La paroi abdominale offre à cet endroit un lieu de moindre résistance, et l'utérus attiré en avant par la contraction de ses ligaments ronds vient faire hernie entre les muscles droits. Au moment de l'accouchement, l'antéversion et, par suite, l'éventration s'exagèrent encore du fait de la contraction plus énergique des ligaments ronds.

Ainsi se trouve constituée une cause de retard de la dilatation qu'il est facile de constater cliniquement, et dont l'explication est très simple : le ventre devenant pendulum, et prononçant de plus en plus son antéversion, le col est fortement reporté en arrière, ne peut plus se redresser et, maintenu dans cette position, ne se dilate pas ou ne le fait qu'avec une extrême lenteur.

« Dans de telles conditions, dit M. Rivière, n'est-il pas logique de chercher à remettre les choses en état, et, faute de restaurer la paroi abdominale musculaire dans son intégrité, n'est-il pas rationnel, à l'aide d'un bandage de corps suffisamment serré, de doubler cette paroi ab-

---

camaraderies, de chaudes amitiés, d'heures joyeuses et saines, on retrouve en ces courts autographes où la main d'un compagnon de travail et de gaîté a griffonné sur la première page blanche de la plaquette, le témoignage d'une cordiale sympathie. Pendant les quelques années où l'on donne loyalement, sans arrière-pensée, dans toute la spontanéité franche de la jeunesse, le meilleur de soi à ceux qu'on aime, on a vécu côte à côte avec des amis sûrs et choisis ; vécu de la même vie matérielle et morale en absolue communauté d'idées, de doctrines, d'aspirations ; puis, le moment venu, voici que chacun s'en va par une route différente, le groupe se disjoint, se disperse aux quatre coins du pays ou du monde ; jamais, peut-être les hasards de la vie ne donneront à ces amis la joie de se retrouver. L'échange de lettres durera combien de temps : Travaux, soucis, fatigues n'en laisseront bientôt plus le loisir. Mais un jour, remaniant un rayon poudreux de la bibliothèque, en a mis au jour tout un lot de minces brochures multicolores,et sous le coin soulevé de leurs couvertures bleues, vertes ou roses, on a relu, non toujours sans émotion, les deux lignes d'amical hommage qui font revivre le tout riant passé.

En feuilletant, hier, quelques-uns de ces opuscules que le temps a jaunis déjà, j'en retrouvai un à la confection duquel j'avais collaboré. Il avait été fait en une soirée.

Voici comment :

Le maître auquel nous nous étions attachés, plusieurs de mes amis et moi, avait indiqué à l'un de nous un sujet de thèse. Il voulait y faire développer quelques-unes de ses idées favorites, qui lui étaient tout à fait personnelles et qu'il fallait rendre avec la plus scrupuleuse exactitude. Pour certaines raisons la chose n'allait pas sans difficultés. Il eût fallu à notre camarade des notes étendues, le canevas, l'esquisse suffisamment détaillée de quelques chapitres. Il les lui promettait chaque jour pour le lendemain. Mais, absorbé par une besogne formidable, car il avait une clientèle très étendue, il donnait en outre à son service hospitalier ses matinées tout entières et préparait son enseignement avec un soin et une conscience poussés jusqu'au scrupule, le maître ne trouvait point le temps matériel de s'occuper d'un autre travail.

Cependant les vacances étaient proches, il fallait se presser. Aussi devenions-nous importuns. Quand le professeur nous voyait venir

dominale, de repousser l'utérus en arrière, et de ramener en avant le col rétrodévié.

« Un bandage appliqué remplit très bien le but proposé ; il constitue un plan résistant contre lequel vient buter l'utérus au moment des contractions, et l'on peut voir sous son action la dilatation s'opérer dans des conditions plus normales. »

M. Charuel cite ainsi plusieurs observations très probantes dues à M. Rivière, dont l'une en particulier est très intéressante, car dans deux accouchements successifs chez la même femme le bandage rendit le même service. Aussi, peut-on en déduire les conclusions suivantes :

« Lorsqu'il y a éventration notable, la sangle musculaire qui constitue pour l'utérus un plan résistant s'opposant à l'exagération de l'antéversion qu'entraîne avec elle la contraction des ligaments ronds, ne joue plus son rôle.

« L'antéversion utérine est exagérée ; le col, très fortement repoussé en arrière, ne peut venir se placer dans l'axe de l'excavation et la dilatation se fait mal, lentement ou ne se fait pas du tout.

« Un bandage de corps suffisamment serré et au besoin une ceinture bien faite peut avantageusement remplacer la partie musculaire éventrée et favoriser ainsi d'une façon très sensible la dilatation. »

Traitement des congestions actives des voies respiratoires par les enveloppements hydriques.

Le Dr *H. Chaumier* a consacré sa thèse à l'étude du procédé de traitement des congestions actives des voies respiratoires par les enveloppements hydriques. Nous profitons de cette circonstance pour rappeler la technique de la méthode des enveloppements froids, si chers à notre collègue et ami Le Gendre.

Le grand avantage des enveloppements humides (en dehors des avantages immédiats) consiste dans la simplicité. « Partout, dit M. Rendu, « on peut avoir sous la main un seau d'eau et un « linge même grossier. »

— Mais la simplicité de cette thérapeutique rationnelle est peut-être vis-à-vis des médecins, le plus grand écueil à sa généralisation. Ah ! s'il s'agissait de préparations chimiques plus ou moins étudiées, de lymphes, de sérums, tout le monde voudrait l'employer. Mais, comme ce mode de traitement ne nécessite pas de bruyantes réclames, on déclare qu'il est banal de l'employer.

Voici dans sa simplicité en quoi il consiste : Il faut avoir quatre éléments :

1° Un récipient plein d'eau à la température de l'appartement. (Nous dirons plus loin les modifications qui peuvent être apportées à la température ou à la composition du liquide.)

2° Un linge (toile ou coton), plutôt tissé grossièrement, car il forme mieux éponge, assez grand pour envelopper complètement le thorax.

M. le docteur Le Gendre emploie la tarlatane, dans son service à l'hôpital Trousseau. En la pliant en dix épaisseurs, on obtient une porosité très suffisante et en même temps la finesse de ce tissu permet d'ausculter le malade à travers l'enveloppement. C'est encore un avantage du système que nous préconisons ici, sur le vésicatoire en particulier qui rend l'auscultation excessivement difficile.

3° Une enveloppe imperméable.

4° Une couverture de laine.

On trempe le linge, préalablement plié en plusieurs doubles, dans le seau d'eau ; on l'essore, de façon à ce que l'eau ne coule pas trop en dehors du point que l'on veut envelopper. Une fois le linge essoré, le malade est dépouillé de ses vêtements et entouré complètement du linge. Par-dessus on met la toile imperméable ou le taffetas gommé, et l'on entoure le tout avec la couverture de laine.

Suivant les indications données par l'état du malade ou par la température, on renouvellera les compresses de 1/4 en 1/4 d'heure, ou de 1/2

---

vers lui, le matin après sa visite (notre camarade luttait contre sa naturelle timidité en se faisant accompagner par trois ou quatre d'entre nous), avant que nous n'ayons ouvert la bouche pour formuler l'objet toujours pareil de nos demandes : « Voilà, faisait le maître, voilà mes remords vivants qui me poursuivent. »

« Je suis désolé, nous dit-il un jour, des retards que, malgré moi, j'apporte à tenir ma promesse. Mais venez ce soir, chez moi, tous les cinq, prendre le café, et nous ferons la thèse ensemble. Je vous donne ma parole qu'elle sera terminée demain matin. » Elle le fut. Dans le cabinet très simple, au meuble en reps vert, dont le seul luxe, la seule élégance plutôt, était une vitrine ancienne où se classait un outillage minutieux et très soigné, nous nous étions installés pour écrire, comme nous avions pu. Deux d'entre nous copiaient des observations sur le registre où le maître les avait recueillies lui-même, écrites de sa main. Un autre, sous sa dictée, écrivait l'étiologie et l'anatomie pathologique ; un quatrième, la symptomatologie et le diagnostic ; le maître, tout en dictant à ces deux copistes, rédigeait le chapitre du traitement sur de courts feuillets, griffonnés au crayon, illisibles, hiéroglyphiques, que le cinquième de nous déchiffrait non sans peine et mettait au net, à mesure qu'ils étaient remplis. La fumée de la demi-douzaine de pipes dont la combustion s'arrêtait rarement, prolongeait l'excitation du café et trompait la fatigue.

Quand nous sortîmes, le jour blanchissait déjà un coin de l'horizon. Nous allâmes ensemble chez le candidat et là, sans désemparer, nous fîmes les retouches, les corrections et les raccords nécessaires à un travail accompli dans les conditions que je viens de dire. A l'heure du déjeuner le manuscrit était à point ; il n'y manquait plus que le bon à imprimer. La thèse valut à son auteur les félicitations de son jury. — Vous n'en éprouvez, j'imagine, nul étonnement.

Ce souvenir, qui est un des plus originaux de ma vie d'étudiant, fût-il jamais remonté à la surface de ma mémoire, si je n'avais retrouvé l'opuscule en question avec sa dédicace : « A mon vieux copain, souvenir d'une bonne soirée. » ?

Gardons la thèse. Il y a plus de raisons, et de meilleures, pour conserver que pour détruire ce vieux reste des traditions par où le présent de notre profession se relie à son passé.

(*Union médicale.*)

en 1/2 heure. On pourra aller jusqu'à 20 enveloppements en 24 heures.

Le malade est d'abord désagréablement saisi par le contact du linge froid et humide, puis, peu à peu, il s'y habitue, et peutmême sollicite le renouvellement des enveloppements.

Généralement, on additionne l'eau d'alcool dans la proportion de 3/4 d'eau pour 1/4 d'alcool.

Dans les cas où l'on voudra faire une révulsion plus active, on pourra amener l'eau à un plus bas degré au moyen de glace.

En France, on emploie habituellement l'eau froide à la température ordinaire.

Les enveloppements humides sont indiqués dans toutes les phlegmasies des voies respiratoires supérieures et inférieures (amygdalites, laryngites, bronchites, congestions pulmonaires, broncho-pneumonies).

Les contre-indications sont l'algidité, les congestions passives veineuses des affections cardiaques et hépatiques.

OBSERVATION CLINIQUE.

Traitement du tétanos par les pulvérisations d'éther.

Nous empruntons au *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* de Lucas-Championnière, l'observation suivante communiquée par le Dr *Fombarlet*, de Lavoulte-sur-Rhône, qui nous paraît d'un très grand intérêt.

Un conducteur de train de la Cie P. L. M., G , fut, le 12 juin 1865, blessé à la main droite, éminence thénar, en manœuvrant un muid de vin : une écharde pénétra assez profondément et la douleur éprouvée par le conducteur G.. ... fut assez aiguë pour l'obliger à suspendre immédiatement son service. En l'absence du médecin, le pansement fut sommaire.

Je vis G., le lendemain. J'examinai la plaie qui avait environ 15 millimètres de longueur, et, le blessé m'affirmant qu'il avait retiré l'écharde, je me contentai d'appliquer un pansement au sublimé. La blessure n'avait que 3 à 4 millimètres de profondeur, les pansements étaient faciles ; je ne revis G. que le 23 juin, lorsqu'il vint me demander une prolongation de congé, afin, disait il, de laisser la cicatrisation s'achever. Je remarquai alors que G. avait les dents serrées et bredouillait légèrement en parlant ; l'aspect de son visage était typique ; G. avait le tétanos. Je fis faire aussitôt pour lui une potion contenant un gramme d'hydrate de chloral par cuillerée à soupe — en prendre une toutes les deux heures jour et nuit — et je l'adressai à un de mes collègues de la Cie pour avoir son avis. Le Dr Chalamet, de Loriol, en sondant la plaie, retira un fragment d'écharde et me conseilla de nettoyer au thermo-cautère le foyer infectieux — ce que je fis dès le retour de G., — de continuer le chloral à hautes doses, et, en cas d'insuccès, d'essayer les injections sous-cutanées de chlorhydrate de pilocarpine.

Le 29 juin, malgré l'emploi de tous ces moyens, l'état du malade était tel que je songeai à employer les pulvérisations d'éther recommandées en pareil cas — en se basant sur les bénéfices qu'il en avait retirés dans le traitement de la chorée — par le professeur Jaccoud dans son Traité de Pathologie interne (édit. 1872, p. 450).

A ce moment, 29 juin, la tétanisation s'étendait à tous les membres, à tous les muscles de la vie de relation, et même, les fonctions évacuatrices de la vessie et du rectum étaient autant dire nulles. Le malade, raidi, demandait en grâce à ses collègues, qui le gardaient, de s'asseoir sur son ventre, afin qu'il pût prendre contact avec son lit. De la tête aux pieds, il faisait le pont, littéralement. L'alimentation était extraordinairement difficile. Il se produisait des crises effrayantes d'emprosthotonos et d'opisthotonos tous les trois quarts d'heure et plus souvent. Le sommeil était nul.

Devant l'imminence du danger, j'appliquai aussitôt le traitement à l'éther, tout en continuant, mais à dose moindre, la déglutition étant presqu'impossible, l'usage du chloral. — J'utilisai un pulvérisateur genre Richardson, et, tout de suite, au premier jet, le malade accusa un bien-être marqué. On voyait, sous le jet d'éther, les masses des muscles dorsaux onduler, et, pour quelques secondes, recouvrer leurs fonctions. Après les pulvérisations faites le long de la colonne vertébrale et qui duraient de 3 à 5 minutes, le malade était beaucoup plus calme et appréciait si bien les résultats des pulvérisations qu'il les redemandait à chaque instant. — Je dois ajouter que, instruit par la pratique, j'ai bientôt étendu les pulvérisations à toutes les régions du corps tétanisées et que j'ai retiré de cette façon d'agir les plus grands bénéfices pour le malade qui n'a cessé d'aller mieux dès le commencement du traitement nouveau.

Bientôt un seul homme — il en fallait au moins deux pour le maintenir au début — a suffi pour le garder et peu à peu, très lentement, mais d'une façon tous les jours appréciable, les fonctions des muscles sont revenues, puis celles de la vessie et de l'intestin. La mâchoire s'est desserrée; cependant, sa tétanisation a disparu en dernier lieu, et l'alimentation a été possible. Pendant sa maladie, G. a été nourri de lait et de bouillon.

A chaque séance, on dépensait 60 à 80 grammes d'éther, quelquefois plus. Séance de pulvérisations tous les trois quarts d'heure, et plus souvent.

Du 29 juin au 3 septembre, jour où a cessé tout traitement, *vingt kilos* d'éther ont été dépensés. A partir du 5 août, la consommation d'éther était allée en diminuant.

Le 3 octobre, après une convalescence d'un mois, le conducteur G. a repris son service. — L'interruption de travail avait duré 113 jours, mais je répète que G. était totalement guéri dès le 3 septembre.

Le malade a absorbé durant sa maladie 240 grammes de chloral, souvent interrompu.

Je reste convaincu que, à part les cas foudroyants — et encore, qui sait ? — les pulvérisations d'éther sont appelées à rendre de très grands services dans les cas de tétanos déclarés contre lesquels jusqu'à maintenant — à part les cas chroniques — toutes les médications sont restées impuissantes.

CHIRURGIE PRATIQUE

Traitement des kystes hydatiques du foie.

Jusqu'à ces dernières années, la part faite à la médecine, dans la cure des kystes hydatiques était plus considérable que celle réservée à la chirurgie. Dans les hôpitaux c'était dans les services de médecine qu'on traitait les malades atteints de kystes hydatiques. Quoiqu'il en soit ainsi très rarement, aujourd'hui, il est indispensable que tout médecin soit à même d'instituer un traitement que nous pourrons qualifier de médical, c'est-à-dire de faire lui-même sans le secours d'un chirurgien, la ponction du kyste avec ou sans injection consécutive d'une substance chimique destinée à tuer l'hydatide. Le traitement chirurgical de cette affection a ses indications précises : le médecin doit les connaître, pour éviter des complications qu'une intervention insuffisante de sa part pourrait entraîner, ou par elle-même, ou par suite du retard apporté à l'opération chirurgicale.

Nous passerons en revue les différents procédés employés jusqu'à ce jour, ne citant que pour mémoire ceux que l'on a rejetés ou à peu près, insistant, au contraire, sur les plus récents qui ont à leur actif de nombreux succès ; puis nous résumerons les modes de l'intervention chirurgicale, en indiquant avec soin les indications de celle-ci. Nous synthétiserons le tout par l'exposition de la conduite à tenir pour le médecin qui se trouve, dans sa clientèle, en présence d'un kyste hydatique du foie.

Les procédés, dits médicaux, consistent en ponctions aspiratrices, suivies ou non de l'injection d'une substance antiseptique.

La ponction aspiratrice avec l'appareil de Dieulafoy a donné des guérisons assez nombreuses pour les kystes hydatiques uniques et contenant peu de poches secondaires. Cependant cet heureux résultat est exceptionnel.

La méthode de Récamier par l'application de caustiques fut employée, concurremment avec la méthode de Jobert de Lamballe, qui consistait à pénétrer dans la poche avec un trocart de gros volume qu'on laissait en place pour déterminer des adhérences entre la tumeur et la paroi abdominale. Il en résulte souvent des accidents de septicémie, entraînant la mort rapide des malades, ou une suppuration prolongée.

C'est Mesnard (de Bordeaux) qui le premier eut l'idée, après une ponction aspiratrice, de laver la poche avec une solution de sublimé au millième ; puis il retira le liquide aussitôt, fit un second lavage avec 100 grammes de la même solution et termina par un dernier lavage à l'eau alcoolisée au quart. Le malade guérit. — Trois ans plus tard, en 1887, en Angleterre et en Italie, furent employés des procédés dérivés de celui de Mesnard. Sennett propose de retirer, avec une seringue hypodermique, une petite quantité de liquide, environ 10 grammes, et de la remplacer par une quantité équivalente d'une solution de sublimé renfermant deux milligrammes de bichlorure de mercure. Baccelli, en Italie, suivait à la même époque la même pratique.

Si on embrasse d'une manière générale les procédés de traitement des kystes hydatiques du foie par l'injection de substances chimiques, on voit qu'on peut les rattacher, comme l'a fait Morin, dans sa thèse, à trois méthodes distinctes.

Dans la première, on vide la poche aussi bien qu'on le peut et l'on fait un lavage avec une grande quantité d'une solution antiseptique : c'est la méthode de Mesnard.

Dans la seconde, on soustrait une très faible quantité de liquide et on le remplace par une quantité presqu'égale de la solution antiseptique : c'est le procédé de Baccelli.

Enfin, une troisième méthode, mixte, consiste à vider largement la poche mais à n'injecter qu'une quantité légère de solution chimique : c'est la méthode de Hanot.

Voyons le manuel opératoire dans ces différents procédés.

Dans la méthode de Mesnard, après tous les soins antiseptiques nécessaires de l'opéré, de l'instrument, de l'opérateur, la ponction est faite avec l'aiguille n° 2 de l'appareil de Dieulafoy ; si on ne l'a pas, avec l'aiguille n° 2 de l'aspirateur de Potain.

On vide la poche complètement. Sans changer de place le trocart, on utilise le même appareil pour injecter la solution antiseptique.

Quelle est cette solution ?

Différentes substances ont été conseillées.

En première ligne le sublimé. Pour éviter l'intoxication il est nécessaire de retirer après quelques minutes tout le liquide injecté, puis de faire un lavage identique avec de l'eau bouillie salée pour neutraliser la solution de sublimé qui pourrait rester. Malgré toutes les précautions prises, les opérateurs ont eu des accidents caractérisés par la stomatite, la diarrhée, l'albuminurie.

M. Debove substitue, au sublimé, le sulfate de cuivre à 5/100. Juhel-Rénoy préconise le naphtol au deux-millième.

Le manuel opératoire dans le procédé de Baccelli est le même, mais la quantité de liquide injectée est minime. On retire d'abord quinze ou vingt grammes de liquide ; puis on injecte à la place une quantité faible de liqueur de Van Swieten, 20 grammes pour Baccelli, dix centimètres cubes pour Terrillon.

Le procédé de Hanot n'est qu'une modification des deux précédents. On vide, avec les mêmes précautions préliminaires, la poche, aussi complètement que possible, puis on injecte de dix à quinze grammes de liqueur de Van Swieten que l'on ne retire pas, *que l'on abandonne dans la poche.*

Quel procédé choisir ? Ont-ils leurs indications spéciales ? Nous croyons que diverses circonstances peuvent se présenter en clinique, nécessitant l'emploi d'une de ces méthodes de préférence ou à l'exclusion des autres. Quelles sont ces circonstances ?

Nous négligeons les cas de kystes multiloculaires, très rares sinon inconnus dans nos climats, où l'on ne constate que le kyste uniloculaire.

Différentes circonstances peuvent se présenter au cours de la ponction. Par exemple le kyste épaissi, adhérent ne revient pas sur lui-même, le trocart ne peut retirer tout le liquide, ou bien, les hydatides filles qui nagent dans la poche kystique viennent à tout instant obturer le trocart,

si bien, qu'on ne peut retirer que quelques grammes du liquide.

D'autre part, il est utile de savoir si les hydatides sont mortes ou vivantes. — Quand l'hydatide est vivante le liquide est citrin, cristal de roche, ne contenant que les crochets caractéristiques que le microscope décèle ; mais il ne renferme pas d'albumine, dont la présence est une forte présomption de la mort des hydatides.

Supposons donc plusieurs cas : dans un premier, les hydatides sont vivantes et on peut retirer une grande quantité de liquide. Alors deux procédés se disputent l'honneur de la cure : d'une part, celui de Mesnard-Debove ; grand lavage avec la liqueur de Van Swieten suivi d'un lavage à l'eau salée ; et d'autre part, celui de Hanot qui, la poche vidée, injecte 20 à 30 grammes de liqueur de Van Swieten et les abandonne. De ces deux procédés nous préférons ce dernier.

Mais la ponction reste incomplète : une quantité faible de liquide est retirée pour une des raisons que nous avons indiquées. La méthode de Baccelli s'impose, c'est-à-dire, que vous retirez vingt à trente grammes de liquide et vous injectez à la place une quantité à peu près égale de liqueur de Van Swieten, que vous abandonnez. Cette quantité ne doit pas dépasser trente grammes.

Qu'il y ait de l'albumine ou non, telles sont les indications dans les différents cas qui peuvent se présenter et telle est la conduite à suivre dans cette intervention dite médicale.

Ces moyens de douceur ne seront pas toujours suffisants. Dans quelles circonstances le traitement chirurgical s'imposera-t-il ? Lorsque l'essai des moyens de douceur aura donné de nombreux insuccès, lorsque la récidive sa montrera à différentes reprises, menaçant l'état général du malade, ou lorsqu'il y aura danger d'asphyxie ou d'ouverture spontanée.

Une indication plus catégorique est la suppuration du kyste, quelle que soit la voie suivie par l'infection. On peut, en vérité, essayer encore les grands lavages antiseptiques ; mais à combien d'accidents ne s'expose-t-on pas ?

Donc, si le kyste est suppuré, nous croyons qu'il est plus sage, de la part du praticien, d'avoir recours à un chirurgien « habile, soigneux et « habitué à de pareilles opérations ».

Divers procédés opératoires ont été proposés. Nous rejetons celui du double trocart de Simon, procédé modifié par Verneuil ; nous rejetons aussi les interventions en deux temps par la méthode de Récamier, ou de Bégin-Volkmann, qui faisaient d'abord une incision jusqu'au péritoine et attendaient les adhérences pour inciser la poche.

On fera, de préférence à ces procédés vraiment dangereux, *la laparotomie* et *l'incision de la poche immédiate*. C'est la méthode de Lindemann-Landau que Lawson-Tait adoptait dès 1880. Cependant, la voie suivie par le chirurgien variera suivant la variété de siège du kyste.

Pour les kystes de la face antérieure du foie, nous l'avons dit, c'est la laparotomie latérale ou médiane.

Pour les kystes de la face inférieure qui se portent en arrière, c'est l'incision lombaire qui s'impose.

Pour les kystes supérieurs, sous-phréniques, on fera l'opération de Lannelongue, c'est-à-dire, qu'on arrivera sur la poche après avoir réséqué en avant la portion cartilagineuse du bord inférieur du thorax droit, suivant les règles posées par Canniot dans sa thèse, règles qui permettent de ne pas intéresser le cul-de-sac pleural.

Les kystes de la face supérieure qui se portent en arrière faisant saillie dans la cavité pleurale, on suivra la voie transpleurale de Segond, avec ou sans résection costale, suivant le procédé indiqué dans la thèse de Potherat.

Nous nous permettons de ne faire qu'indiquer ces procédés chirurgicaux sans entrer dans leur détail, aimant mieux demeurer sur le terrain pratique des indications, et insister sur la conduite qu'aura à tenir tout médecin qui se trouvera en face d'un malade porteur d'un kyste hydatique du foie.

La première indication est d'assurer le diagnostic. Je ne veux pas rappeler les signes qui permettront de reconnaître un kyste hydatique, mais je crois qu'il sera toujours bon d'affirmer le diagnostic en pratiquant une ponction capillaire préalable avec la seringue de Pravaz, mesure absolument inoffensive, si elle est faite aseptiquement. Examiner ou faire examiner le liquide extrait : c'est un liquide hyalin, cristal de roche comme on dit, où le microscope retrouve les crochets caractéristiques. Que le liquide soit ou non albumineux ou purulent ces crochets confirmeront le diagnostic.

Il n'y a pas de suppuration. Vous devez n'avoir alors recours tout d'abord qu'aux moyens médicaux, la ponction, de préférence, la ponction avec injection d'un des liquides parasiticides que nous avons indiqués.

Il est entendu que vous devez respecter les règles de la plus rigoureuse antisepsie que je vais rappeler brièvement.

Nettoyage de la région où vous allez pratiquer la ponction d'abord au savon et à la brosse ; puis au sublimé et enfin à l'éther. — Recouvrir la région nettoyée, avec une compresse bouillie.

Toilette de l'opérateur qui s'est lavé au savon puis, au sublimé, en se brossant les ongles au moins pendant cinq minutes.

Désinfecter le trocart par l'ébullition, si l'on n'a pas d'étuve. Nettoyer avec soin à l'eau bouillante, puis à l'eau phéniquée à 20 pour mille tout l'aspirateur, de préférence celui de Potain qui permet de faire l'aspiration et l'injection.

Faites la ponction au centre de la tumeur suivant les règles connues, et suivez dès lors le modus faciendi de la méthode que les circonstances vous imposent ; vous choisissez de préférence la méthode de Hanot, c'est-à-dire qu'après avoir vidé la poche, vous injectez avec le même appareil et sans changer le trocart, vingt grammes de liqueur de Van Swieten.

Le trocart retiré, obturez l'orifice avec de très minces feuilles de coton imbibées de collodion.

Enveloppez largement le malade de ouate ; serrez-le modérément dans un bandage de corps.

Le malade doit garder l'*immobilité* pendant au moins 24 heures. Il est utile de lui faire une injection de morphine pour obtenir plus sûrement ce repos.

Comme alimentation du lait glacé en petite quantité ; surveiller la bouche, et comme traitement prophylactique, vous pouvez ordonner un gargarisme léger au chlorate de potasse.

La ponction faite aseptiquement ne donnera pas d'accidents secondaires. Mais pendant l'opération, on peut avoir une syncope avec mort ; quelques observations en font foi ; c'est un phénomène réflexe qui n'est nullement en rapport avec la nature de la maladie. Immédiatement après l'intervention, c'est-à-dire quelques heures après, la ponction du kyste hydatique, du foie comme des autres régions, peut être suivie de l'apparition d'un urticaire. On a discuté les causes de cette complication qui, quoique fréquente, n'est pas fatale ; on l'a attribué à la résorption dans l'organisme de ptomaïnes toxiques contenus dans le liquide hydatique. Le pronostic de cette complication n'a aucune gravité.

Telles sont les indications thérapeutiques du kyste hydatique du foie. Le médecin peut les remplir et guérir son malade par le procédé simple de l'aspiration suivie de l'injection bactéricide. Le chirurgien n'interviendra qu'après l'essai régulier des ponctions, sauf urgence ou suppuration du kyste.

A. Pascal,
Interne des Hôpitaux de Paris.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

Correspondance.

Nîmes, le 5 février 1896.

Monsieur le Directeur du *Concours médical*.

Notre confrère le Dr Gilly, de Fons, a fait intervenir le Syndicat du Gard dans une affaire à lui personnelle. Je vous serais obligé de vouloir bien insérer à titre de réponse la lettre suivante que j'adresse au nom du Syndicat à notre confrère :

Mon cher Confrère,

Dans la séance du 4 février 1896, nous avons eu l'honneur MM. les Drs Delamarre et Merley et moi-même de porter à la connaissance du Syndicat de Nîmes et des environs les documents relatifs à votre affaire.

Nos confrères ont été unanimes à regretter que vous n'ayez pas cru devoir demander l'appui du Syndicat et que vous ayez engagé votre procès sans bénéficier des avantages que vous conférait votre titre de membre de notre association. Il est actuellement un peu tard pour réclamer l'intervention du Syndicat auprès du Tribunal qui a jugé l'affaire en 1re instance. Cependant le crédit de notre Syndicat reste entier puisqu'il ne se trouve que très indirectement atteint par le jugement du 13 décembre. Il ne pouvait être reconnu par le Tribunal qu'à titre officieux, puisque les formalités de législation restent encore à accomplir.

Ces réserves nécessaires faites, je suis heureux de vous offrir l'appui formel et entier du Syndicat si vous vous décidez à interjeter appel de la décision du Tribunal. Nous maintenons intégralement les tarifs votés et, conformément à l'avis ouvert par le Conseil judiciaire du « Concours médical » nous allons offrir à MM. les Présidents des diverses juridictions de Nîmes, l'entremise gracieuse du Syndicat, le cas échéant, dans votre affaire comme dans toutes les contestations analogues qui pourraient surgir.

De plus, le Syndicat a procédé à une revision des Statuts (non des tarifs) qui sera proposée à l'acceptation de nos confrères en avril prochain et, à dater de cette époque, les formalités exigées pour la reconnaissance légale du Syndicat seront remplies.

J'ajoute enfin que nos confrères ont approuvé vos critiques du jugement du 13 décembre et que vous pouvez compter de la manière la plus ferme sur notre solidarité confraternelle.

J'espère que ces considérations vous feront revenir sur votre démission. Le Syndicat est prêt à vous donner toutes les satisfactions convenables et j'aime à croire, mon cher Confrère, que vous ne nous refuserez pas votre concours en avril prochain pour la fondation définitive et légale de notre Syndicat.

A vous bien cordialement,
Dr F. Mazel,

Secrétaire du Syndicat médical du Gard, de la Société de Médecine et du Syndicat de Nîmes et ses environs.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de l'Arrondissement de Versailles.

Présents : MM. Jeanne, *Président*, Bouzon, Cailleret, Darin, Giberton-Dubreuil, Gilles-Brechemin, Groussin, Heliot, Lecuyer, Le Menant des Chesnais, Licke, Midrin, Pech, Pineau, Renous, Ribard, Surre, De Grissac, Pannetier.

Excusés : MM. de Fourmestraux, Martin, Peyromore-Debord, Pluyaud.

A quatre heures le Président ouvre la séance en nous annonçant que notre sympathique confrère, le Dr Toussaint, de Bois-Colombes, n'est pas mort comme l'ont annoncé plusieurs journaux de médecine heureusement mal informés.

Non seulement Toussaint n'est pas mort, mais une lettre de lui, que nous lit le Président, nous annonce son complet rétablissement après avoir été malade bien des mois.

Le Dr Lecuyer rend compte de la gestion des finances syndicales, et de leur état présent. Toutes les cotisations et même les amendes ont été intégralement perçues par la caisse, qui, après avoir payé toutes les dépenses, reste avec un excédent de recettes de 282 fr. 30 c.

Aussi le Dr Lecuyer reçoit-il les félicitations de toute l'assemblée qui lui demande de rester dans ses fonctions.

Il consent à accepter les félicitations de ses confrères, mais non la proposition de garder la charge qu'il a remplie pendant plusieurs années.

Il demande que chacun paie son tribut en faisant à son tour partie du bureau, au renouvellement duquel on procède avant de mettre en discussion les questions à l'ordre du jour.

Le Dr Pineau, vice-président, devient de droit président pour la présente année. Il se fait l'écho de tous les membres du syndicat en adressant au Dr Jeanne, le président sortant, les éloges que mérite son incessante activité pour tout ce qui intéresse le corps médical et en parculier le médecin praticien.

Le docteur Giberton-Dubreuil est nommé vice-président, Le Menant des Chesnais secrétaire, et de Grissac trésorier.

Médecine gratuite.

Les indemnités allouées aux médecins des indigents sont bien modestes en face des services que l'on demande à chaque médecin, mais il faut reconnaître qu'en Seine-et-Oise une amélioration sensible a déjà été obtenue depuis plusieurs années ; il semble à la plupart d'entre nous qu'on peut momentanément se contenter

de la rémunération accordée ; mais il est à désirer que nous puissions assister à la confection de la liste des indigents, afin d'empêcher l'inscription sur cette liste de gens qui peuvent se suffire par le travail et payer leur médecin.

Malheureusement dans aucune commune nous ne sommes consultés à ce sujet, et il y aurait lieu d'insister auprès du Préfet pour qu'il obligeât chaque année les Maires à nous convoquer à cet effet.

Déclaration des maladies contagieuses.

La déclaration des maladies contagieuses a également été mise à l'ordre du jour. Faite, comme le prescrivent les règlements, à l'aide de cartes postales ouvertes, elle peut causer, et a même causé des ennuis à certains médecins.

Il est nécessaire que ces déclarations soient faites à l'avenir par lettres cachetées, en attendant qu'une législation plus sérieuse modifie la loi en obligeant, non le médecin, mais le chef de famille à faire cette déclaration, comme celle des naissances, et à l'aide d'un bulletin sur lequel le médecin aura inscrit le nom de la maladie.

Laboratoire de bactériologie.

Le Dr Jeanne aborde ensuite la question de la bactériologie, considérée non plus comme une simple curiosité de laboratoire, mais dans le secours qu'elle est appelée à donner, et que déjà elle donne au médecin praticien.

Ainsi les derniers travaux sur la diphtérie nous montrent que dans les angines, les symptômes qui servaient à les distinguer, à les classer, à qualifier notre pronostic et à établir le traitement, n'ont pas réellement la valeur que nous leur supposions.

Pour être fixé sur la nature d'une angine, l'examen bactériologique des produits sécrétés est indispensable.

Afin de pouvoir affirmer la présence de la tuberculose, la nature de certaines diarhées, le caractère infectieux de certaines pneumonies, c'est à l'examen bactériologique qu'il faut surtout avoir recours. Les progrès rapides que fait la science bactériologique, vont rendre son concours chaque jour plus nécessaire au médecin ; et le malade sera le premier, du reste, à nous le réclamer.

Il est donc très important de trouver les moyens de procurer le plus rapidement possible à nos malades les renseignements bactériologiques que leur état peut rendre indispensables pour le choix du meilleur traitement.

Déjà un certain nombre de grandes villes, pour subvenir à l'impossibilité où se trouvait l'Institut Pasteur de répondre à toutes les demandes d'examens qui lui venaient un peu de partout, ont installé des laboratoires municipaux. Mais cette seconde création est insuffisante. Il faut que tout médecin puisse se procurer dans un très court délai, dans le plus court possible, les renseignements sur la nature d'un mal contre lequel, en attendant, il reste désarmé ou mal armé.

Aussi le Dr Jeanne a-t-il pensé qu'il était nécessaire de créer dans chaque département des laboratoires régionaux qui fonctionneraient sous le contrôle du conseil d'hygiène, et sous sa protection.

MM. Pincau, Midrin, Darin, des Chesnais et Callet prennent part à la discussion de ce projet.

Le Dr Callet a suivi les travaux de l'Institut Pasteur et reconnaît que ses laboratoires ne pourraient suffire à la somme de travail représentée par toutes les demandes d'examens qu'il reçoit, s'il les lui fallait faire d'une façon vraiment complète.

Aussi approuve-t-il, comme ses confrères, le projet du Dr Jeanne ; mais, ajoute-t-il, la bactériologie exclusivement clinique me paraît pouvoir actuellement être couramment employée par tout médecin, même très occupé. On n'a besoin que de quelques notions de bactériologie qui peuvent en somme s'acquérir facilement.

Pour aller vite, il faut absolument avoir une pièce spéciale, si petite soit-elle, munie d'une fenêtre. Une table en bois blanc sur laquelle se trouvent constamment à portée de la main le microscope et la douzaine de réactifs indispensables. Adjoignez-y une étuve de Roux ou de d'Arsonval à membrane métallique, et c'est tout.

Mais notre confrère reconnaît que ce laboratoire organisé de la façon la plus économique revient encore à peu près à 600 fr.

Ce chiffre, joint au manque de temps, à l'irrégularité des moments disponibles, à l'inexpérience du maniement même facile des réactifs, empêchera bien des médecins, la plupart même, d'être aussi bien appareillés que le confrère Callet.

Aussi l'assemblée, approuvant le projet du Dr Jeanne, émet le vœu de le voir pris en considération par l'administration départementale et approuve d'avance toutes les démarches qui seront faites par le bureau dans ce but, et dans celui de voir s'organiser l'inspection médicale des Ecoles désirée depuis si longtemps par notre Syndicat.

A cette occasion, notre confrère le Dr Midrin reprend la question des étuves et nous expose combien il est difficile en pratique, et onéreux pour les budgets communaux, d'avoir un bon fonctionnement de ce service.

Le Dr Callet lui répond qu'un nouveau modèle d'étuve a été construit sur les conseils de MM. Vaillard et Benon, médecins du Val-de-Grâce, en vue des besoins de l'armée, d'un prix peu élevé, d'un entretien facile, ne pesant que 280 kilog., et par conséquent facile à transporter à bras d'hommes sur un chariot à 2 roues, dépensant très peu de combustible, 8 à 9 kilogr. par séance, et donnant cependant d'excellents résultats pratiques au point de vue de la désinfection.

Cette question est très intéressante et sera de nouveau portée à l'attention du Syndicat.

Exercice de la pharmacie.

Le Dr Raffegeau nous signale le cas d'un pharmacien qui a fourni de la morphine à une dame d'après une ordonnance dont la fausseté était assez manifeste pour éveiller ses soupçons, et demande si le Syndicat ne pourrait pas intervenir.

Les membres présents considèrent que le Syndicat, tout en déplorant le fait, n'a pas à s'en mêler.

REPORTAGE MÉDICAL

Nous avons assisté, mercredi, 12 janvier, au banquet offert par ses amis à M. le Dr Leblond, méde-

cin de Saint-Lazare, président du Syndicat de la Seine, directeur de la *Revue de Polytechnique médicale*, avec nombre de notabilités médicales : MM. *Pozzi*, *Segond*, *Chéron*, *Bazy*, etc., etc...

De nombreux toasts ont été portés et couverts d'applaudissements par la foule de convives qui remplissait le vaste salon de Marguery. Nous ne devons point oublier le discours de M. le député Pedebidou (de Cauterets), qui a promis l'appui parlementaire aux réclamations médicales. M. Leblond, a été on ne peut mieux inspiré, dans sa réponse et une triple salve d'applaudissements a couvert ses paroles, au moment où on lui remettait l'objet d'art commémoratif de sa promotion dans la Légion d'Honneur.

— *Association de la presse médicale française. Réunion du 7 février 1896.* — Le 7 février a eu lieu au restaurant Marguery le trente et unième dîner de l'association de la Presse médicale française, sous la présidence de M. le Pr Cornil. 30 membres y assistaient.

M. le Dr Masse, directeur de la *Gazette des Sciences médicales de Bordeaux*, et M. le Dr Blondel (de Paris), rédacteur en chef de la *Revue de Thérapeutique*, ont été élus membres de l'Association. — Sont nommés rapporteurs des candidatures : Dr Sorel (le Havre, *Normandie médicale*), M. Delefosse ; Dr Touvenaint (Paris, *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*), M. Rodet.

M. le Pr Cornil, syndic sortant, a été réélu par acclamation.

Le Secrétaire général,
Marcel Baudouin.

10 février 1896.

N.-B. — La dernière limite d'inscription pour le *Congrès de Thalassothérapie de Tunis* est fixée au 17 février 1896, sans exception possible.

—Parmi les récentes nominations au grade de *Chevalier de la Légion d'honneur*, nous relevons le nom de M. le docteur *Aribaud*, de Coudrieu (Rhône) membre du Concours Médical et parmi celles d'*officier de l'Instruction publique*, le nom de notre collaborateur de l'Association amicale, M. le docteur *Paul Archambaud*.

— *Le lait tuberculeux.* — Les Américains n'y vont pas de main morte. Le Conseil d'hygiène de New-York a déposé devant les Chambres un projet de loi exigeant que les vendeurs de lait prouvent, par certificat, que les vaches productrices sont exemptes de tuberculose.

— *Tuberculination des animaux.* — Dans un discours prononcé récemment à Douai, M. le Ministre de l'Agriculture a fait pressentir que l'Académie de Médecine sera bientôt appelée à se prononcer sur la question de savoir si, dans l'état actuel de la science, le Gouvernement doit proposer au Parlement d'introduire dans la loi l'emploi forcé de la « tuberculination » des animaux d'espèce bovine comme moyen de reconnaître la tuberculose.

— *Ecole de santé militaire.* — L'Officiel du 30 janvier publie l'instruction pour l'admission à l'école du service de santé militaire en 1896.

— *Service militaire des étudiants.* — Le Conseil d'Etat vient de décider que si un jeune homme, dispensé comme aspirant au doctorat, sous la condition de produire à l'âge fixé par la loi militaire son diplôme, est renvoyé en congé dans ses foyers et que pendant ce congé il devienne fils aîné de septuagénaire ou de veuve, il ne peut invoquer, dès à présent, cette cause de dispense. Mais si à l'âge voulu il ne produit pas son diplôme de docteur et est, dès lors, rappelé sous les drapeaux, il pourra invoquer la cause de dispense née en sa faveur postérieurement à la décision du conseil de revision, au cas où cette cause de dispense subsisterait encore.

— *Piscines scolaires.* — A l'exemple de l'étranger, particulièrement de l'Angleterre, de l'Allemagne, et surtout de la ville de Buda-Pest, le conseil municipal de Paris se préoccupe d'augmenter le nombre des piscines scolaires, et vient de voter dans ce but une somme de 250.000 francs.

— *Lutte contre l'alcoolisme à l'école.*—Après le compte rendu de la mission du Dr Delvaille dans les écoles de Belgique et de Hollande, M. Poincaré, alors ministre de l'instruction publique, avait lancé une circulaire aux instituteurs, indiquant à ceux-ci la part qu'ils devaient prendre à la lutte contre l'alcoolisme. M. le Dr Combes, aujourd'hui grand maître de l'Université, vient d'étendre ce programme aux établissements d'enseignement secondaire en invitant les professeurs de philosophie, de chimie, d'économie politique à s'étendre sur les méfaits de l'alcool, au point de vue social.

— *Académie de Médecine.* — Dans sa séance du 4 février, l'Académie de médecine a élu comme correspondants nationaux MM. Fiessinger (d'Oyonnax) et Soulié (de Lyon).

— *Le conflit médico-mutualiste en Belgique.* — Les médecins des villes de Liège et de Namur viennent d'imiter l'exemple de ceux de Bruxelles et de Mons, et refusent de se soumettre aux prétentions vexatoires des Sociétés de secours mutuels.

— *Répertoire officiel de la Médecine et de la Pharmacie françaises.*—M. le Doyen Brouardel présente au public médical un ouvrage portant ce titre et donnant les noms de tous les Docteurs qui ont déposé leur diplôme à la Préfecture, conformément à la loi du 30 novembre 1892.

Les souscriptions et renseignements sont reçus à la direction, 2, rue Sontay.

— *Un nouveau journal : Le médecin de réserve.* — Nous souhaitons bienvenue et succès à la publication de notre distingué confrère de la presse médicale, M. le Dr *Gorecki*. Non content d'occuper une place éminente parmi les *oculistes*, notre confrère publie un journal mensuel, dont le but est de réveiller et d'entretenir l'esprit militaire, parmi les officiers du corps de santé de la réserve et de la territoriale (médecins, pharmaciens, et officiers d'administration), de les tenir au courant des devoirs qu'ils auront à remplir, en cas de guerre, et, enfin de développer leur instruction militaire.

Cette publication répond à une indication pressante ; elle aura la faculté d'étendre, avec quelque liberté d'esprit, les nombreuses questions qui intéressent à un si haut degré, le salut de nos armées. Madagascar vient d'en faire la preuve.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4.064.— M. le docteur Descotte fils, de Bénévent-l'Abbaye (Creuse), présenté par M. le docteur Descottes père, de Bénévent-l'Abbaye (Creuse).

N° 4.065. — M. le docteur Liaudet, de Saint-Symphorien-sur-Coise (Rhône), membre de l'Association et du Syndicat des médecins du Rhône.

N° 4.066. — M. le docteur Samin, de Corbeny (Aisne), présenté par M. le docteur Lécuyer, de Beaurieux (Aisne).

N° 4.067.— M. le docteur Sypiorski, de Mont-Saint-Martin (M.-et-M.) présenté par M. le docteur Coliez, de Longwy (M.-et-M.)

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Colin, de Châlons-sur-Marne (Marne), membre du Concours Médical.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La suppression du Baccalauréat.

Nous connaissons enfin le texte du projet de loi concernant la suppression du Baccalauréat que préparait et vient de déposer M. Combes, Ministre de l'Instruction Publique.

En voici la teneur :

Article premier. — Le baccalauréat, considéré comme épreuve terminale des études secondaires, enseignement classique et enseignement moderne, est supprimé.

Article 2. — Il est remplacé par un examen de fin d'études, divisé, comme l'examen du baccalauréat, en deux parties : l'une portant sur les matières de la rhétorique ou de la seconde moderne ; l'autre, sur les matières de philosophie ou de la classe des mathématiques élémentaires ou de la première lettres ou de la première sciences.

A la suite de ces examens, il est délivré, s'il y a lieu, un certificat d'études secondaires.

Article 3. — Les élèves des établissements de l'Etat subissent l'examen de fin d'études dans les établissements auxquels ils appartiennent, devant un jury propre à chacun de ces établissements.

Pour les élèves de l'enseignement secondaire libre, pour ceux qui auront fait leur éducation secondaire dans la famille ou dans les établissements de l'Etat, dans lesquels un jury propre à l'établissement ne pourrait être organisé, il sera institué un jury d'Etat, dont les pouvoirs s'étendront à toute l'Académie.

Article 4. — Le tarif des droits à percevoir sera fixé dans les formes déterminées par l'article 6 de la loi du 27 février 1880.

Article 5. — Seuls, les élèves munis du certificat d'études secondaires seront admis à prendre des inscriptions dans les établissements d'enseignement supérieur.

Article 6. — Des renseignements d'administration publique, rendus en Conseil d'Etat, après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique, détermineront les mesures d'exécution nécessaires pour assurer l'application de la présente loi, notamment l'organisation et les attributions des jurys d'examen.

Il est, on le sait, des gens qui prétendent que dans les Assemblées Politiques, les médecins sont loin de faire brillante figure, nous ne sommes pas de cet avis, mais force est bien d'avouer que ce n'est pas la proposition transcendante de M. Combes qui leur donnera tort.

Ce projet mort-né, il faut l'espérer, est encore plus mauvais qu'on ne pouvait le supposer, car il supprime même cette garantie d'égalité pour tous, que présentait, au moins, le baccalauréat.

L'article 3, en effet, inaugure, au détriment des élèves de l'enseignement libre, une inégalité de traitement injustifiable : les élèves des Lycées subiraient l'examen dans les établissements mêmes auxquels ils appartiennent, devant un jury particulier, propre à cet établissement ; les élèves de l'enseignement libre, au contraire, devraient se présenter devant un jury d'Etat qui, entre les mains de tel ou tel ministre — car on ne sait ce que l'avenir nous réserve — pourrait leur faire payer cher, le fait d'avoir fréquenté tel ou tel établissement.

Mais le comble, en pareille matière, est de prétendre que le régime proposé est un régime de liberté, tandis que le régime actuel est un régime de contrainte. Or cette assertion peut se lire en toutes lettres dans l'exposé des motifs qui précède le projet de loi.

Nos convictions républicaines ne sont un mystère pour personne ; autant que quiconque nous sommes attachés à l'enseignement universitaire : nous ne pouvons pourtant pas répudier les idées libérales que nous avons puisées dans cet enseignement et nous protestons hautement contre ce que nous considérons comme une atteinte directe au principe de liberté qui veut que chacun puisse faire élever ses enfants à sa guise, au principe d'égalité qui veut que tous nos enfants soient traités de même façon, au principe de fraternité, enfin, qui veut qu'on ne sépare pas la jeunesse des écoles en deux clans qui n'auront plus rien de commun.

Quant aux garanties que peut nous donner, à nous médecins, le certificat rêvé par M. Combes, elles sont absolument illusoires : autant vau-

drait ouvrir toutes grandes les portes de la Faculté à quiconque y veut entrer.

Décidément, sous couleur de progrès, on nous préparerait un bel avenir !

A. G.

LA SEMAINE MÉDICALE

La contagion de la tuberculose.

La discussion, qui vient d'occuper plusieurs séances à l'Académie de Médecine sur la contagion de la tuberculose dans les salles d'hôpitaux, vient de mettre encore plus en lumière ce point de pathogénie que nous avons si audacieusement placé en vedette, dans notre article du commencement de cette année. Sans doute la viande, sans doute le lait ont pu provoquer quelques infections tuberculeuses chez les prédisposés qui en faisaient usage, mais les crachats desséchés, réduits en poussières ténues et voltigeantes, voilà les ennemis redoutables qu'il faut combattre et détruire avant tout. La Ligue contre la tuberculose a ce premier devoir à remplir et à faire respecter partout où elle peut exercer une action : dans les hôpitaux, en première ligne, il est presque honteux qu'à notre siècle, des médecins puissent citer des chiffres tels que ceux de l'Académie de médecine. Des malades entrés en traitement pour telle ou telle maladie, ont notoirement contracté la tuberculose dans les salles d'hôpitaux de Paris. S'il s'agissait encore, de certains hôpitaux de province, négligés faute de ressources suffisantes ! mais les hôpitaux de l'assistance publique sont si peu outillés, pour garantir la salubrité absolue contre la tuberculose, que les chefs de service consciencieux n'ont à leur disposition qu'un moyen celui d'exclure impitoyablement de leurs salles tous les malheureux suspects de tuberculose. C'est une mesure radicale qui protège les autres malades ; mais est-elle vraiment humanitaire ? Evidemment non ; d'autre part, les médecins plus humains, qui reçoivent des tuberculeux dans leurs salles, peuvent-ils garantir efficacement les malades voisins des lits de ces tuberculeux, de la contagion possible, toujours menaçante ? Nous voudrions pouvoir le dire et quoique beaucoup soient convaincus de faire tout le possible pour arriver à ce résultat, nous doutons un peu de leurs affirmations.

La tuberculose est contagieuse ; on peut dire que tous les médecins et hygiénistes l'affirment aujourd'hui ; elle est, de plus, la plus meurtrière des maladies contagieuses. Donc, il ne faut plus rien négliger pour la combattre.

L'isolement a toujours été reconnu excellent pour combattre les affections contagieuses.

Isolons donc les tuberculeux, comme les rubéoleux, les scarlatineux, les diphthériques ; construisons ou aménageons des hôpitaux spéciaux pour le traitement des tuberculeux : que des médecins se dévouent et se spécialisent, non dans un but de lucre comme le font quelques spécialistes pour affections de poitrine (ce qui réussit toujours, il est vrai, auprès des naïfs), mais se spécialisent dans les hôpitaux et les sanatoria ; seuls les tuberculeux recevront leurs soins, ils seront classés selon la période de leur maladie, surveillés, disciplinés militairement dans leur intérêt, habitués à désinfecter eux-mêmes leurs crachats, nourris avec soin et traités méthodiquement selon les progrès de la science. Ce n'est pas aux pouvoirs publics qu'il faut déclarer obligatoirement les cas constatés de tuberculose ; on a sagement fait de ne pas mettre la tuberculose sur la liste des affections à déclarer. A quoi cela servirait-il, sinon à jeter le trouble dans la société et à provoquer d'irréparables catastrophes ? Non ; c'est aux tuberculeux eux-mêmes qu'il faut dire les moyens de se guérir et de préserver leur entourage de la contagion.

En ce qui concerne l'alimentation par le lait de vaches tuberculeuses et par la viande d'animaux tuberculeux, doit-on la négliger com-

FEUILLETON

Hantise microbienne.

Réponse à une mère.

Madame,

Mon cher et aimable confrère, le Dr Courgey, m'invite à vous répondre. Je m'exécute d'autant plus facilement qu'il y a toujours plaisir à causer avec une personne d'esprit aussi ouvert que le vôtre, dût-on la contredire un peu. A vrai dire, je le soupçonne de partager quelques-uns de vos doutes et de craindre que l'engouement des uns, les craintes exagérées des autres ne dénaturent cette question de l'antisepsie qui deviendrait un tourment plus qu'une sauvegarde, si l'on ne conservait, comme il fait, j'en suis certain, quelque scepticisme pour tous ces procédés inédits de contamination que l'on nous révèle tous les jours.

Accordons-leur à ces surenchérisseurs de l'antisepsie, à ces dénicheurs de microbes qui veulent nous rendre tout suspect, jusqu'à la pièce de monnaie, jusqu'au loyal billet de banque des jours de grande recette, jusqu'au cher vieux bouquin fruit de longues recherches ; accordons-leur une fois pour toutes, que l'antisepsie n'est pas de ce monde, qu'elle n'existe qu'en vase clos ou sous un bon pansement de Lister ; qu'elle est incompatible avec la vie sociale et même avec la vie familiale et n'en parlons plus.

Ou n'en parlons que pour mettre la chose au point et réconcilier la théorie avec les nécessités de la vie pratique. Aussi bien si les dangers étaient aussi multiples et d'une urgence aussi extrême qu'on nous le répète, il y a beau temps que l'humanité aurait disparu, au lieu de pulluler.

Si elle subsiste au milieu des périls dont la révélation est récente, mais dont la réalité est de tous les temps, c'est qu'elle s'est accommodée spontanément et empiriquement aux nécessités du milieu, ou bien que les microbes ne sont pas si exterminateurs qu'on veut bien le dire. Nous avons tout le temps de respirer, de laisser les idées nouvelles se tasser, d'apprendre à connaître nos ennemis et à ne plus leur livrer les clés de la citadelle.

C'est une chose singulière qu'une explication nouvelle qui ne change rien aux faits, qu'un jet de lumière dans l'inconnu qui nous environne,

plètement, sans surveillance, sans contrôle, comme un de nos honorables lecteurs nous a accusé de le prêcher ? Evidemment non. Nous voudrions, au contraire, qu'après avoir isolé les tuberculeux, désinfecté leurs crachats, désinfecté toutes les poussières des lieux publics (théâtres, cafés, concerts, bals, gares, voitures, omnibus, chemins de fer, etc.), on imitât ce que font certains pays étrangers plus soucieux que nous de l'hygiène alimentaire.

La viande tuberculeuse doit être saisie et non livrée à la consommation. Malheureusement, l'Etat n'a pas de budget spécial pour indemniser suffisamment les éleveurs dont la viande serait saisie. Mais, qu'on fasse alors comme dans un pays voisin :

Toute viande tuberculeuse y est refusée ; le propriétaire est indemnisé, en grande partie, et l'Etat retrouve la presque totalité de l'indemnité qu'il donne, en vendant au rabais la viande qu'il a saisie ; mais, en ne la vendant qu'après cuisson à l'étuve, cuisson complète, prolongée, scientifiquement surveillée et détruisant dans la viande suspecte tout germe pathogène.

Nous conclurons comme notre confrère de la *Gazette des Hôpitaux* :

« Devant la natalité qui diminue chez nous dans d'inquiétantes proportions, en face d'une mortalité effrayante par tuberculose, il est de toute importance que cette question de la contagion de la tuberculose soit enfin définitivement étudiée et que des mesures prophylactiques sérieuses viennent enrayer la marche du fléau. »

Traitement de l'incontinence d'urine par le sulfate de cuivre ammoniacal.

On a vanté tant de préparations, de médications et de méthodes contre l'incontinence nocturne d'urine, qu'il paraît presque superflu d'allonger encore ce catalogue. En fait de médicaments, nous ne connaissons rien de plus efficace que la suggestion imposée par une volonté ferme et inébranlable. Chez les enfants et même chez les adultes, on ne devra jamais omettre ce moyen, en même temps qu'on prescrira soit l'antipyrine, soit la teinture de rhus radicans, etc. Une menace faite avec tact et fermeté a la plupart du temps un résultat thérapeutique immédiat. Toutefois, il est des cas, où la suggestion même paraît impuissante ; tel est celui que nous cite dans le journal de médecine pratique, le Dr *Kelaiditis.* Il s'agit d'une jeune fille de 28 ans qui a la volonté de se guérir promptement pour pouvoir se marier.

Tout traitement moral et médicamenteux a échoué ; on va pratiquer, à bout de ressources, la dilatation de l'urèthre. Cependant, on a recours encore à un dernier moyen ; *le sulfate de cuivre ammoniacal*, qu'on emploie souvent contre la pollution nocturne des adultes avec un résultat favorable à la dose de 20 centigrammes dans 15 grammes d'eau distillée pour en prendre 3-4-6 gouttes deux fois par jour. L'effet de ce médicament a été merveilleux, puisque dès le commencement l'urination a cessé sans réapparition pendant deux mois. A la fin de ces deux mois écoulés, l'urination n'a apparu qu'une seule fois pour cesser définitivement. La malade, enchantée et voyant son mal guéri, a interrompu l'usage du médicament ; mais elle l'a repris pendant un certain temps encore et elle l'a abandonné complètement, ne souffrant plus.

Depuis, cette fille est mariée, elle vit comme d'habitude et elle n'a plus ce désagrément qui l'ennuyait au point d'avoir souvent des idées de suicide.

Etant donné que depuis une année cette personne ne souffre plus, on peut la considérer comme tout à fait guérie de son infirmité qui l'a tant préoccupé. Pour M. le Dr Desnos, les points intéressants de cette observation consistent en ce que le traitement tonique, ainsi que la médication calmante, a échoué, ce qui prouve que la cause du mal n'était ni une atonie du sphincter de la vessie, ni une hyperesthésie du même

---

puisse affoler certains esprits. L'étudiant en médecine fait souvent une maladie toute subjective, l'année où il pénètre dans les dédales, tout peuplés de fantômes, de la pathologie. J'imagine que lorsque Harvay décrivit la circulation du sang et son merveilleux tourbillon à travers canaux, orifices et valvules, plus d'une tête dérangée en ses conceptions de statique humaine en fut troublée. Et les dames qui apprirent, il y a cent ans, de Lavoisier que la vie est une combustion, s'imaginèrent peut-être qu'elles allaient flamber pour tout de bon.

Le cœur humain n'en battit pas plus vite, la respiration se fit aussi régulièrement. Il en fut de ces découvertes comme de celles que notre siècle a apportées. Elles ont permis de serrer de plus près le problème de la cause des maladies, elles ont augmenté nos chances de nous en défendre et il n'apparaît en tout cela aucun motif d'affolement.

Tous les jours dans sa marche de plus en plus rapide la science lève quelque vérité nouvelle qui éclate et illumine l'horizon. Hier c'était la découverte de l'Argon, aujourd'hui c'est la photographie de l'invisible ; demain ce sera autre chose qui peut-être renversera la symétrie de nos idées actuelles et renouvellera nos conceptions médicales.

La science gagne toujours en étendue, en précision, en puissance de prévision et de vérification, mais il ne se fait pas de rupture complète entre le passé et l'avenir. Le progrès est un développement et non une improvisation, il confirme plutôt qu'il n'ébranle les croyances traditionnelles et instinctives. Quelle que soit la surprise d'un fait nouveau, après l'étonnement d'un moment, il est sage de dire suivant le mot désormais classique : *la séance continue* !

La meilleure preuve que l'on puisse donner de cette continuité de la science, de cette confirmation de la pratique ancienne par la théorie nouvelle, c'est précisément l'antisepsie. Si vous la croyez d'institution récente, détrompez-vous. Elle est aussi vieille que la cuisson des aliments.

Les tisanes stérilisées par l'ébullition et copieusement versées aux malades, le culte atavique des claires fontaines, l'isolement des lépreux, l'institution des quarantaines et des lazarets, tout cela n'est pas d'hier.

Un chef d'œuvre d'antisepsie familiale, c'est l'antique lessive qui faisait date une ou deux fois par an dans l'existence de nos grand'mères.

muscle, mais un phénomène nerveux. En effet, pendant ses règles, elle était exempte de son infirmité et le sulfate de cuivre ammoniacal qui est un médicament antinerveux par excellence a été efficace.

Le vinaigre antidote de l'acide phénique.

D'après notre confrère de la *Chirurgie pratique* le professeur E. Carleton (de New-York) représente le vinaigre comme un excellent contre-poison du phénol. Appliqué sur une surface cutanée ou muqueuse qui vient d'être brûlée par de l'acide phénique concentré, il ferait disparaître aussitôt la blancheur caractéristique ainsi que l'anesthésie produites par cette substance et empêcherait la formation de l'eschare consécutive à la brûlure. Enfin, il neutraliserait également l'acide phénique introduit dans l'estomac. Aussi la première mesure à prendre dans un cas d'empoisonnement par ingestion de phénol, consisterait-elle à faire avaler au patient du vinaigre coupé d'eau à parties égales, après quoi l'on procéderait au lavage de l'estomac.

Traitement des brûlures par le permanganate de potasse.

Nous avons insisté récemment sur le traitement des brûlures, par l'acide picrique et nous avons même indiqué le procédé préconisé par le Dr Thiery pour l'application méthodique de cet excellent topique. Aujourd'hui, nous signalerons deux autres nouveaux topiques utiles à connaître pour les praticiens.

Les brûlures produites par le phosphore sont immédiatement calmées et rapidement guéries par l'application *instantanée* de poudre de magnésie calcinée ou de magnésie anglaise. Le phosphate magnésien qui se forme, anéantit toute action ulcérante du phosphore et favorise la cicatrisation.

M. Nodon, électricien et chimiste, préconise par expérience l'emploi du permanganate de potasse contre toute espèce de brûlure. Il a eu, d'après ce qu'il déclare, l'occasion d'employer souvent ce remède, dans des cas de brûlures produites, par exemple, par des circuits électriques fortement chauffés, et il a pu constater chaque fois les heureux résultats produits par son application. Il est nécessaire d'appliquer la solution de permanganate le plus rapidement possible, après l'instant de la brûlure ; cette application doit être faite pendant plusieurs minutes. La partie malade prend, alors, une coloration noire, produite par le peroxyde de manganèse, la sensation vive de cuisson cesse presqu'aussitôt, et un jour ou deux après le traitement les tissus détruits se sont reconstitués ; toute trace de l'accident a disparu. Il n'est pas de laboratoire d'usine, même modeste, dans lequel on n'ait sous la main du permanganate, et le conseil de M. Nodon est bon à retenir.

Traitement de l'angiome kystique de l'orbite par l'électrolyse.

Les angiomes de l'orbite caverneux ou kystiques ont leur siège de prédilection dans l'entonnoir musculaire de l'orbite, c'est-à-dire dans la partie de cette cavité qui est le plus inaccessible à nos moyens d'action chirurgicale, lorsque le globe de l'œil est encore en place. On y atteint, en respectant le globe, par une ponction ou un simple débridement plus ou moins large ; mais lorsqu'il s'agit d'extirper une tumeur en totalité et surtout un angiome dont le caractère propre est d'être intramusculaire, il ne sera guère possible de mener l'opération à bonne fin, sans causer de larges dégâts dans l'appareil musculo-nerveux de l'orbite et surtout sans enlever en même temps le globe oculaire.

C'est ce qui a eu lieu dans presque tous les cas où l'on a pratiqué l'ablation complète de la tumeur, et dans ceux-ci l'énucléation de l'œil se trouvait ordinairement légitimée par cette circonstance, que l'organe était déjà perdu pour la vision.

Connaissez-vous quelque chose de plus complet que cette ébullition prolongée dans un liquide chargé de sels de soude et de potasse, puis ces lavages à eau courante, puis le séchage au grand soleil, le repassage au fer très chaud et la conservation de tout ce beau linge en des armoires bien closes, tout imprégnées des parfums de l'iris et de la lavande ?

Vous le voyez, madame, c'est une tradition à continuer, à perfectionner avec la précision de la science et voilà tout.

S'il m'est permis de faire des prévisions, j'espère même qu'une certaine réaction se fera en faveur d'anciennes mœurs trop oubliées. La peur des microbes pathogènes et des mille promiscuités inévitables dans les villes, nous fera peut-être réfléchir à la supériorité incontestable de la vie à la campagne, surtout pour la santé des enfants. On appréciera peut-être davantage ces biens aujourd'hui dédaignés : vaste logis, source filtrée au cœur du roc même, air léger sans autres poussières que les pollens printaniers, et tout ce luxe gratuit de la nature. Tant de beaux paysages en deuil de leurs habitants partis pour les villes meurtrières se repeupleraient peu à peu.

Mais, direz-vous : Et l'éducation des enfants ? Sans doute, mais sur ce point encore la logique tirera peu à peu ses conséquences et appellera des réformes. On finira bien par s'apercevoir que l'école nombreuse, la caserne infantile des villes, est une pépinière de maladies. Les parents voudront garder leurs enfants, aussi longtemps que possible et leur faire faire, en famille, ou par petits groupes, leur première éducation.

J'espère aussi que le public mieux informé, plus soucieux de sa santé, comprendra enfin l'importance qu'il y a à combattre rapidement les phénomènes infectieux et à prévoir de loin les maladies chroniques, utilisera le médecin beaucoup mieux qu'il ne sait le faire aujourd'hui et le consultera plus à propos, plus vite et plus souvent. Il ne l'appellera plus seulement comme le guérisseur du mal confirmé, mais aussi comme le directeur de la santé, comme l'homme capable de donner les plus utiles conseils préventifs.

Quant à savoir, si nous ne nous illusionnons pas sur la portée des innovations récentes, si demain ne démentira pas nos espérances, si ce n'est pas encore là un système destiné à s'écrouler, comme les synthèses prématurées qui régnè-

M. le Dr *Valude* nous communique une observation remarquable, dans laquelle il rapporte qu'une enfant de 14 ans, ayant depuis 7 ans une exophthalmie consécutive à un traumatisme, et ayant subi plusieurs ponctions, sans résultats durables, fut traitée par lui au moyen de l'électrolyse de la façon suivante :

« Introduisant une longue aiguille d'acier dans le sillon orbito-palpébral inférieur, vers le point où le doigt pouvait démêler le plus nettement une sensation de tumeur profonde, j'enfonçai celle-ci jusqu'au fond de la cavité orbitaire. Cette aiguille constitua le pôle *négatif*, le pôle positif étant appliqué au voisinage, sur la joue. Courant de 4 milliampères 1/2 pendant cinq minutes.

« Au bout de quelques jours, je fus surpris au dernier point du résultat obtenu. Cette tumeur kystique, qui augmentait depuis sept ans et qui avait résisté à mes diverses ponctions, avait déjà aux trois quarts fondu.

« Une seconde application d'électrolyse fut faite dans les mêmes conditions que la première fois, et huit jours après , elle amena une disparition complète de l'exophtalmie et de ce que le doigt pouvait percevoir de la tumeur. En moins de quinze jours une guérison complète avait ainsi été obtenue.

« Nous avons conservé encore quelques semaines la malade en surveillance et elle nous a quitté après que nous nous fûmes assurés que la disparition de l'exophtalmie était absolument définitive. Il n'existe plus trace de protrusion de l'œil qui est absolument revenu à sa place normale. Il subsiste seulement une légère limitation des mouvements du muscle droit supérieur, et un certain enfoncement du sillon orbito-palpébral supérieur qui marquent la trace des opérations antérieures. Pas de ptosis véritable. L'acuité visuelle est revenue à ce qu'elle était antérieurement : V= 1/3. »

Ce beau succès montre une fois de plus les merveilles que l'on peut obtenir de l'électrolyse dans le traitement de tous les angiomes, en général.

MÉDECINE PRATIQUE

Procédés cliniques d'exploration de la vésicule biliaire.

Dans un article précédent consacré au diagnostic des ictères chroniques par rétention, nous avons indiqué, quelle énorme importance séméiologique on attachait à l'état de la vésicule biliaire dans ces circonstances, depuis les recherches de Courvoisier et de M. Terrier, recherches qui ont permis de formuler cette loi clinique : la vésicule biliaire est ectasiée dans les compressions extrinsèques du canal cholédoque, elle est au contraire atrésiée, dans les oblitérations calculeuses. Cet état différent de distension et d'atrophie, est lié aux infections qui sont constantes dans le dernier cas, surtout si l'on admet la part des microorganismes dans la formation des cholélithes. Sous leur influence, il se produit des angiocholites plastiques qui conduisent à la sclérose, à la rétraction du réservoir de la bile. Mais, est-il facile de reconnaître ces divers états de la vésicule biliaire? Non, et pour preuve, nous n'aurons qu'à citer l'observation si curieuse de M. Tuffier (Soc. chirurgie, 1er février 1893) ; après quoi, nous exposerons les procédés cliniques actuellement employés pour explorer l'état de la vésicule biliaire.

L'observation de M. Tuffier a trait à une femme atteinte de lithiase du cholédoque. En appliquant les mains sur l'hypocondre droit, on déterminait une tuméfaction siégeant au-dessous des fausses côtes. Elle était arrondie, *mammelonnée*, du volume du poing, mate à la percussion un peu douloureuse à la pression ; ces contours étaient indécis. En haut elle se continuait avec le foie ; en bas, elle se dirigeait vers l'ombilic. Elle se prolongeait profondément au-dessous du foie, et par la palpation bimanuelle on sentait

---

rent parfois sur la médecine, c'est le secret de l'avenir. Mais permettez-moi de croire qu'il n'en est rien.

Le public croit, à tort, que tout le progrès de la médecine vient du pastorisme. Il s'est fait dans la science un travail intrinsèque de construction extrêmement considérable et qui n'a aucun caractère d'une œuvre éphémère et utopique. C'est le résultat des efforts convergents d'une foule de grands hommes, dignes de plus de gloire et de plus de reconnaissance qu'ils n'en ont obtenu. Le public ignore cette œuvre et persiste à dire, contrairement à toute vérité et à toute justice, que la médecine ne progresse pas.

Quant aux découvertes de Pasteur, dont la révélation rapide a eu un si grand retentissement et de si heureuses conséquences, elles reposent sur une base indestructible. C'est un axiôme de la philosophie qu'il n'entre dans l'esprit rien de réellement nouveau que par les sens. Or Pasteur n'a pas imaginé, il a vu ce que chaque œil outillé d'un bon microscope peut voir après lui, le fourmillement du monde invisible qui vit autour de nous et sur nous. Nous ne sommes peut-être encore qu'à la frontière de ce monde nouveau, surtout si l'on augmente beaucoup la puissance du microscope, mais enfin ce qui est *vu* est acquis.

Enfin, madame, l'expérience est faite, la preuve est donnée. La statistique de l'année 1895 accuse plus de 50.000 décès en moins. Le nombre des maladies contagieuses est réduit des deux tiers, comparativement à la moyenne antérieure. Ce résultat coïncidant avec la vulgarisation des méthodes nouvelles en est une confirmation éclatante. Ce fait plus important qu'une grande victoire pour l'avenir de notre race, a passé presqu'inaperçu. Les modernes athéniens ont bien d'autres fêtes à célébrer que ce triomphe de la science ! Et pourtant c'est une grande et patriotique joie de penser que la France se défend enfin, avec succès, contre une mortalité excessive, en attendant que par la sobriété et l'hygiène, ses enfants augmentent leur valeur physique et morale.

Veuillez agréer, etc.

Dr CANCALON.

Charenton, 12 février 1896.

qu'elle affleurait la région lombaire. La tuméfaction présentait un ballottement typique, à tel point que plusieurs médecins émirent l'hypothèse d'une tumeur rénale. Or, pendant l'opération, M. Tuffier ayant trouvé une vésicule atrophiée par cholécystite scléreuse, fit suivre son observation des réflexions suivantes : Tous ceux qui avaient examiné cette malade, n'avaient pas hésité un instant à poser le diagnostic de distension de la vésicule biliaire. Le siège de cette tuméfaction au-dessous du foie et des fausses côtes, sa forme arrondie *et légèrement bosselée*, son prolongement sous le foie, donnant lieu, à la palpation bimanuelle, à un vrai ballottement, sa consistance assez ferme, tout pouvait et devait faire penser à une vésicule distendue par de nombreux calculs. Or, il n'en était rien, et cette masse était constituée par une vésicule atrophiée, perdue au milieu d'adhérences et d'indurations épiploïques se prolongeant jusqu'au pancréas. En face d'une pareille constatation, on peut se demander si un grand nombre de faits purement cliniques et dépourvus de constatation anatomique, étiquetés distension calculeuse de la vésicule avec ictère, n'ont pas trait à des altérations de ce genre, petite vésicule et grosses adhérences ; et, en tout cas, ces adhérences épiploïques péricystiques peuvent certainement donner le change. C'est une erreur contre laquelle il est bon d'être prévenu. En quelle place et comment rechercher la vésicule biliaire ?

Le fond de la vésicule biliaire répond au bord externe du muscle droit, au rebord du neuvième cartilage costal droit, un peu au-dessus de l'échancrure que M. Labbé a signalée au niveau de l'extrémité antérieure de la dixième côte. Dans le cas de tumeur ou de distension de la vésicule, ces rapports normaux sont un peu modifiés. Le bord externe du muscle droit constitue encore le principal repère. Mais le fond de la vésicule peut se trouver plus ou moins abaissé, surtout si l'affection biliaire se complique, comme le fait est fréquent, d'hypertrophie hépatique. Le bord tranchant du foie, en contact avec la tumeur, constituera un deuxième point de repère. En général, on peut dire avec Rodet, que les tumeurs de la vésicule seront senties par la palpation, au-dessous et à droite du cartilage xiphoïde, au-dessus et à droite de l'ombilic. Les procédés donnés par les auteurs pour palper la vésicule sont nombreux; nous ne mentionnerons que les principaux ; mais encore, cette palpation n'est possible que si certaines conditions pathologiques interviennent, conditions qui 1° mettent les parois de la vésicule en tension par une distension de l'organe, 2° augmentent le volume de ce dernier, 3° le refoulent en bas d'une façon notable. Les deux premières conditions se trouvent presque toujours réunies, une distension de l'organe s'accompagnant en général d'une augmentation de volume. Enfin, pour que cette palpation puisse être pratiquée avec succès, il faut que les parois abdominales n'aient pas un pannicule adipeux trop considérable et que le ventre ne soit pas ballonné et tendu. Le ballonnement peut être prévenu par une évacuation énergique du contenu des intestins ; la tension des parois pourrait être combattue par l'anesthésie, mais l'on peut, dans la majorité des cas, se contenter de l'expiration forcée. L'anesthésie présente cet inconvénient d'obliger à pratiquer la palpation dans la position dorsale, alors que la position la plus favorable est la position debout dans laquelle le foie s'abaisse par l'action de son propre poids. La palpation bimanuelle (Rosenstein) peut être pratiquée de deux façons : 1° la main gauche appliquée dans la région lombaire refoule le foie d'arrière en avant et de dehors en dedans, tandis que la palpation est faite par la main droite appliquée à plat, près de la ligne médiane, les extrémités des doigts en haut sous le rebord des fausses côtes ; 2° si les parois abdominales sont suffisamment flasques, la main gauche peut saisir latéralement le foie, et le refouler vers les côtes ; la main droite s'enfonce dans la région du lobe gauche du foie, le pouce dirigé à droite et les autres doigts à gauche, et cherche à saisir directement la vésicule biliaire. Par ce procédé, Rosenstein (1891) a pu dans un certain nombre de cas se rendre un compte exact de l'état de la vésicule et même diagnostiquer l'existence d'une lithiase biliaire chez des malades qui en raison de l'absence de tout symptôme ne la soupçonnaient pas.

Dans le procédé de M. Mathieu (1894), le malade est placé dans le décubitus dorsal complet, la tête un peu élevée, les genoux semi-fléchis. Il respire librement et doucement la bouche ouverte, en évitant de raidir la paroi abdominale.

Le médecin s'asseoit sur le bord du lit à droite et un peu au delà de l'épaule du patient. Il explore ensuite l'abdomen de bas en haut, à l'aide des doigts des deux mains légèrement fléchis. Les doigts, par de véritables secousses de palpation, sont ramenés au crochet, progressivement de bas en haut, essayant de s'engager sur le bord inférieur du foie.

Le médecin cherche en somme à accrocher en quelque sorte avec la pulpe des doigts toute saillie, ou tumeur susceptible de se rencontrer sous la paroi abdominale. Il palpe ainsi le ventre du malade de la même façon qu'il explorerait son propre abdomen. Suivant la position qu'il occupe à droite ou à gauche du lit, son bras droit se trouve placé au devant de la figure du patient.

Par ce procédé, les sensations sont remarquablement précises au point de vue des limites, de la consistance, de la découverte des tumeurs, de leur distinction avec la partie supérieure des grands droits de l'abdomen. Les moindres saillies du bord du foie, le relief de la vésicule biliaire sont facilement perçus.

Si la paroi abdominale, par son épaisseur, sa rigidité, apporte à l'examen de la vésicule un obstacle sérieux, il sera, suivant le conseil de M. Denucé, indiqué d'anesthésier le malade pour pratiquer l'examen. La palpation dans la position genu-pectorale, peut rendre quelques services : elle a été préconisée par M. Plicque.

Ici, le foie est aussi rapproché que possible de la paroi, grâce à la pesanteur. Cette position toutefois est difficilement tolérée, par les sujets obèses, cardiaques, dypsnéiques. Une précaution importante pour obtenir le relâchement de la paroi abdominale est que les cuisses soient très fléchies sous le ventre, que le thorax soit un peu plus élevé que le bassin. Dans cette position, l'intestin grêle tend à s'accumuler vers la partie

médiane de l'abdomen, dégageant l'hypocondre et le flanc.

La palpation, ainsi pratiquée, dans le cas d'un foie de volume, de mobilité et de dimensions normaux, ne débordant pas les fausses côtes, n'arrive à sentir le foie que dans une zone assez limitée. Cette zone est située immédiatement au-dessous du rebord costal, entre la pointe de la douzième côte et le bord externe du muscle droit : elle répond à la vésicule biliaire. On s'attache tout d'abord à reconnaître la face supérieure et le bord antérieur du foie. Pour parvenir sur la face inférieure, il faut aborder la paroi abdominale à deux travers de doigt au-dessous du bord antérieur, refouler cette paroi pendant une expiration, en la doublant en quelque sorte, la maintenir refoulée, au moment de l'inspiration. Les doigts auront la face unguéale tournée en haut, la pulpe tournée en bas. Il est utile d'aborder la paroi un peu obliquement. C'est surtout au niveau de l'angle formé par la rencontre du bord externe du muscle droit et du rebord costal, au niveau de la vésicule biliaire qu'il faut s'attacher à pénétrer. Les hypertrophies du foie et la dilatation de la vésicule biliaire seront ainsi facilement perçues.

A la palpation, on pourra joindre l'auscultation de la région sous-hépatique. Dans le cas d'adhérences péri-hépatiques, les frottements peuvent être reconnus. Barth et Roger ont rapporté des exemples où l'on a pu également entendre la collision des calculs biliaires.

Les ponctions exploratrices seront bannies ; elles sont très dangereuses par les éraillures qu'elles peuvent occasionner dans la paroi vésiculaire amincie. L'incertitude dans laquelle se trouve le clinicien sur la nature septique ou aseptique du liquide contenu dans la tumeur biliaire, le force à rejeter ce procédé d'exploration, qui pourrait provoquer les accidents les plus graves, une péritonite généralisée. Il en est de même de la laparotomie exploratrice, qui, lors d'affections hépatiques, peut être suivie de mort par ictère grave ; plus que dans toute autre maladie de l'abdomen, il est donc extrêmement important avant d'opérer de réunir tous les éléments d'un diagnostic précis. La tumeur biliaire trouvée, la palpation doit étudier : 1° sa forme, ordinairement ovoïde au début et plus tard sphérique ; 2° sa consistance ordinairement résistante, offrant parfois une crépitation spéciale, due à la collision des calculs biliaires ; 3° sa mobilité. Les tumeurs de la vésicule sont, en général, remarquablement mobiles. Elles suivent les mouvements d'inspiration et d'expiration ; signe d'une grande importance. Elles sont, en général, mobiles sous la main, mais cette mobilité existe surtout de haut en bas.

Ce n'est ainsi souvent qu'en accumulant les renseignements donnés, par chacun des procédés ci-dessus mentionnés, qu'on arrivera à établir un diagnostic, dont l'importance est extrême, depuis que les travaux remarquables de MM. Terrier (1892) et Bonnet (1895) ont confirmé la loi formulée par Courvoisier. Dr Thiroloix.

FAITS CLINIQUES

Vaccination préventive contre le tétanos.

Malgré les faits encourageants publiés tout d'abord par quelques observateurs, il résulte en définitive des travaux de Vaillard (voir sa communication à l'Académie des sciences du 27 mai 1895) et de Nocard (voir sa communication à l'Académie de médecine du 22 octobre 1895) que le sérum antitétanique a une efficacité incontestable pour prévenir et immuniser pendant quelque temps, mais qu'il ne guérit pas. Lorsque, après une marche silencieuse, le tétanos se manifeste, l'intoxication est presque toujours définitive et les éléments des tissus irrémédiablement atteints. D'autre part les expériences nombreuses que M. Nocard a faites ou provoquées parmi les vétérinaires démontrent l'innocuité du procédé vaccinal chez les animaux.

Les médecins sont donc fondés à recourir à la vaccination préventive, quand les circonstances sont telles que le tétanos peut être redouté. Aujourd'hui que l'on connaît les conditions étiologiques de cette mortelle complication, l'imminence en peut être pressentie, non pas avec certitude assurément, mais avec une certaine probabilité.

Voici un cas où nous avons pensé qu'il était indiqué *d'assurer* notre malade contre des chances de tétanos accumulées. Le 14 décembre 1895, le sieur C..... d'Alfort fut, dans une chute de voiture, projeté violemment sur le sol et fut blessé très grièvement à la figure. Une plaie très large, irrégulière, avec un grand décollement de la joue, s'étendait du haut de la tempe gauche à la commissure des lèvres.

Le cheval qu'il conduisait est pansé par lui tous les jours, et, ce matin même, il l'avait pansé et attelé comme d'habitude. De plus, il habite précisément en face de l'école d'Alfort, c'est-à-dire dans un milieu particulièrement suspect au point de vue équin, beaucoup de chevaux malades étant amenés à la consultation de notre grande école vétérinaire.

Après avoir aseptisé et suturé la plaie, je demeurai assez perplexe sur le pronostic en raison d'une infection tétanique possible, je fis demander du vaccin à M. Nocard qui eut l'extrême obligeance d'en envoyer. Je fis immédiatement une inoculation de 10 c. c. que je renouvelai huit jours après.

Le seul incident qui se soit produit est une éruption locale érythémateuse, quelque peu douloureuse, survenue deux ou trois jours après la première inoculation et quelques heures seulement après la seconde. Ces éruptions durèrent chacune trois à quatre jours.

Cette observation ne prouve, bien entendu, rien autre chose que l'innocuité du vaccin antitétanique pour l'homme et c'est sans doute assez pour nous encourager à l'employer quand les circonstances nous feront regarder l'invasion du tétanos sinon comme probable (elle ne l'est jamais beaucoup), au moins comme très possible.

Dr Cancalon (de Charenton).

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Emploi des compresses, irrigations, collyres et pommades en oculistique,

Par le Dr A. Trousseau,

Médecin de la Clinique des Quinze-Vingts.

Beaucoup de praticiens peu familiers avec le traitement des maladies des yeux, sont pourtant obligés de donner des conseils d'urgence aux patients atteints de ces affections, ou sont appelés à faire suivre à leurs malades la prescription d'un ophthalmologiste. S'ils trouvent dans les traités spéciaux la marche à suivre au point de vue des indications thérapeutiques, ils ne rencontrent guère d'explications sur le mode d'emploi des divers agents recommandés, aussi, suis-je persuadé que la courte note qui va suivre, rendra quelques services en expliquant comment on doit appliquer les compresses, les irrigations, les collyres et les pommades si souvent employés en oculistique.

Compresses et irrigations. — Les compresses ont pour but tout en assurant l'asepsie, ou au moins la propreté rigoureuse de l'organe, de modifier ses conditions de vascularisation et de température.

Elles ont une action plus régulière et plus persistante que les simples lavages ; elles peuvent être employées isolément ou concurremment avec des irrigations intra-palpébrales.

Quand l'œil, ou plutôt quand ses annexes ne laissent échapper aucune sécrétion, et qu'il n'y a qu'à régler une circulation locale, la compresse seule sera prescrite. La présence du muco-pus, du pus véritable, obligera à y joindre des irrigations qui, pour être efficaces, devront agir sur la conjonctive même.

Les médecins sont souvent embarrassés pour indiquer exactement le degré de température qui convient aux liquides qu'ils recommandent.

D'une manière générale le froid (0° à 14°) réussit dans les affections conjonctivales, tandis que la chaleur (37° à 38°) convient dans les affections palpébrales et cornéennes.

Quel sera le mode d'application des compresses? — Si elles doivent être *froides*, on versera la solution dans un bol (qui contiendra quelques fragments de glace, si la température de 0° est réclamée) ; puis on prendra deux épaisses galettes de coton hydrophile ; trempant l'une dans le bol, on l'y laissera pendant que l'autre, préalablement imbibée, sera appliquée sur l'œil un peu entr'ouvert, le malade étant couché sur un lit, sur un canapé ou la tête renversée tout à fait en arrière dans un fauteuil. Avant que la compresse en usage ne commence à s'échauffer et à sécher, c'est-à-dire ordinairement au bout de deux ou trois minutes, on la remplace par celle qui est restée dans le bol. En alternant ainsi, on obtient une température constante et un degré d'humidité satisfaisant, surtout si on a soin de ne pas recouvrir le linge de taffetas gommé, ce qui empêcherait une évaporation régulière s'il existe une sécrétion suffisante pour souiller le coton, chaque morceau sali devra être jeté aussitôt ; l'application des compresses, à moins d'indications particulières, doit être faite quatre à cinq fois par jour, pendant un quart d'heure chaque fois. Afin d'habituer de nouveau l'œil à la température ambiante et de ménager une transition, après chaque opération on laisse en place la dernière compresse jusqu'à ce que l'équilibre thermique soit atteint.

Si les compresses doivent être *chaudes*, il faut agir comme précédemment, mais en portant la solution à 38° au moyen du bain-marie, et en maintenant sur l'œil, à l'aide d'un bandeau, le coton recouvert de taffetas gommé ; la nuit un léger tampon d'ouate hydrophile, d'une application plus simple remplacera les compresses chaudes. Pour éviter que les solutions employées irritent la peau des paupières et des régions voisines, il est bon d'enduire celles-ci de vaseline ou de glycérine neutre de Price.

Les liquides en usage il y a quelques années étaient l'eau de guimauve, de plantain, de laitue, l'eau de rose.... Aujourd'hui on se sert à moins d'indication, d'un topique particulier, d'une solution antiseptique ou aseptique, spécialement d'eau boriquée à 4 pour 100.

Lorsqu'on doit pratiquer une *irrigation oculaire*, on renverse en arrière la tête du patient, l'inclinant du côté malade, et, écartant les deux paupières avec le pouce et l'index de la main gauche, on fait couler entre elles, au niveau de l'angle interne un long filet de liquide obtenu en pressant de la main droite un tampon d'ouate hydrophile largement imbibé par la solution ; le liquide, après avoir balayé la conjonctive et le globe oculaire, s'écoulera par l'angle externe et pourra être reçu dans un vase approprié.

Collyres. — Les collyres doivent être conservés dans de petits flacons de 5 grammes, afin qu'il ne soit pas fait une trop grande provision et d'éviter ainsi leur altération.

Le flacon sera bouché à l'émeri par un compte-gouttes à demeure, qui assure une fermeture hermétique, une asepsie rigoureuse, et se trouve ainsi toujours à la portée de l'opérateur.

Chaque fois qu'on se sera servi d'un compte-gouttes, on le lavera avec une solution chaude antiseptique.

Pour instiller un collyre il faut renverser en arrière la tête du malade, ectropionner légèrement la paupière inférieure et laisser tomber la goutte dans le cul-de-sac. Si le malade résiste et si on a quelques difficultés à vaincre le spasme qu'il oppose, on se bornera à placer dans l'angle interne le liquide qui, si on maintient la tête renversée, ne tardera pas à pénétrer dans l'œil, le patient abandonné à lui-même cherchant naturellement à entr'ouvrir les paupières.

Comme collyres on emploiera les mydriatiques (atropine, duboisine, cocaïne, etc.), et les myotiques (ésérine, pilocarpine), à la dose de 2 à 5 centigrammes de substance active pour 5 grammes d'eau bouillie.

Voici les principaux sels à préférer : sulfate neutre d'atropine et de duboisine, chlorhydrate de cocaïne, salicylate d'ésérine, nitrate de pilocarpine. Tous ces collyres s'altèrent aisément : on évite cet inconvénient en les faisant préparer avec de l'eau bouillie, en y ajoutant un milligramme de sublimé et en ne rejetant jamais dans le flacon l'excès de liquide contenu dans le compte-gouttes.

Pour amener l'anesthésie de l'œil, on se sert du collyre au chlorhydrate de cocaïne, à la dose de 25 centigrammes pour 5 grammes. Il suffit d'en mettre 2 ou 3 gouttes directement sur la

cornée, pour obtenir, au bout de 3 à 5 minutes, le résultat souhaité.

J'ai démontré que la cocaïne n'agissait guère sur les yeux enflammés.

Pour les opérations sur le globe oculaire même (strabisme, énucléation), ou sur les paupières, il faut faire des injections profondes avec la solution à 1 gramme pour 100.

Les collyres métalliques, sulfate de zinc, de cuivre, nitrate d'argent, et surtout le sous-acétate de plomb, ont des inconvénients dépassant les faibles avantages que certains leur attribuent.

Les liquides astringents (sulfate de zinc, etc.), ne doivent guère être ordonnés qu'en compresses ; les liquides caustiques (nitrate d'argent, par exemple) doivent surtout être appliqués avec un pinceau directement sur la muqueuse conjonctivale.

Pommades. — Les pommades peuvent être mises dans l'œil comme collyres, comme irritants, comme topiques ou antiseptiques.

Comme *collyres*, elles seront formées des alcaloïdes, mydriatiques ou myotiques, incorporés à la vaseline aux mêmes doses que les collyres aqueux.

Comme *irritants*, on emploie des pommades mercurielles, calomel, oxyde jaune d'hydrargyre, à la dose de 10 à 25 centigrammes pour 5 grammes de vaseline.

Comme *topiques* on se sert de pommades salolée, boriquée, iodoformée à la dose de 1 gramme de substance active pour 10 grammes d'excipient.

Pour *appliquer une pommade*, on fait regarder le malade en haut et on renverse la paupière inférieure avec l'index de la main gauche ; on introduit alors dans le cul-de-sac inférieur un pinceau chargé de la matière médicamenteuse sans craindre de blesser l'œil, puis on abandonne à eux-mêmes les voiles palpébraux qui, se fermant spontanément, expriment le pinceau et retiennent la pommade.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

De l'exercice de la médecine civile par les médecins de la marine.

Voici, d'après le *Bulletin officiel de l'Union des syndicats médicaux de France*, la réponse du Ministre de la Marine à la question posée par le Bureau de l'Union au sujet de l'exercice de la médecine civile par les médecins de la marine :

« Déjà, à diverses reprises, mes prédécesseurs ont eu à se préoccuper de la question, et je ne puis mieux faire, pour vous fixer à ce sujet, que de vous indiquer le sens des instructions qui ont été données par le département. Des dépêches ministérielles portant les dates des 24 mai et 8 octobre 1887, et 29 septembre 1888, ont d'abord spécifié que les médecins de la marine doivent leurs soins aux *familles* des officiers, fonctionnaires, agents, etc., au même titre qu'aux officiers, fonctionnaires, marins et militaires eux-mêmes. Vers la même époque, sous la date du 2 août 1888, une circulaire, prise après concert avec M. le Ministre de la Guerre, a établi que « le médecin militaire ou de la marine ne doit pas rechercher la clientèle rémunérée, ni faire concurrence aux médecins civils ; les officiers du corps de santé sont toutefois autorisés à ne pas priver de leurs lumières les populations au milieu desquelles ils vivent ; l'expérience qu'ils acquièrent ainsi, tourne même au bien du service. En résumé, il est enjoint aux médecins de la marine, comme à ceux de la guerre, de ne pas rechercher la clientèle de manière à en tirer un revenu fructueux ; aucun d'eux ne doit être réputé payer patente. Telle est la manière d'envisager la question, qui est de tradition au département de la marine, et dont l'objet unique est d'assurer le service, tout en maintenant la bonne confraternité si intéressante à sauvegarder entre les officiers du service de santé et les médecins civils des ports. »

Cette réponse est moins catégorique que celle que nous avons reçue en 1888 et qui a été publiée dans le n° 19 de la même année.

Elle était ainsi conçue :

Interdiction de la médecine civile aux officiers de santé de la marine.

Le ministre de la marine vient d'adresser la circulaire suivante à MM. les préfets maritimes:

« Un grand nombre de médecins civils de Toulon viennent de m'adresser de nouvelles plaintes sur la concurrence que continueraient à leur faire, dans la clientèle civile, certains officiers du corps de santé en service à Toulon. Je vous prie de tenir strictement la main à ce qu'aucun des officiers du corps de santé ne paie patente et ne tienne en ville de cabinet de consultation,

« Vous voudrez bien, en outre, faire connaître aux médecins de la marine du port de Toulon que, dans le cas où l'un d'eux serait l'objet de nouvelles plaintes à cet égard et ne se renfermerait pas scrupuleusement dans les fonctions de son grade, je n'hésiterais pas à le déplacer immédiatement. »

Assistance médicale gratuite.

M. le Dr Th. Taty, de La Tour de Salvagny (Rhône), publie dans le *Moniteur judiciaire de Lyon*, sous la rubrique «Variété », les réflexions que lui suggère l'application de la loi sur l'Assistance médicale gratuite.

Bien qu'elles visent un cas particulier, nous croyons devoir les communiquer à nos lecteurs d'autant plus que notre confrère émet une idée originale qui nous semble devoir être discutée.

Nous lui laissons la parole, rappelant qu'il serait heureux de recevoir les communications, observations ou réflexions afférentes au sujet, que les membres du *Concours* voudraient bien lui adresser.

Le Syndicat des Médecins du Rhône a fait récemment appel à tous les membres du Corps médical, en les priant de vouloir bien adresser à son Secrétaire, toutes les observations ou réflexions qui leur paraîtraient de nature à amener une bonne solution de la question du secours à domicile des indigents malades, et fournir ainsi à son Président qui le représente dans la Commission administrative nommée par M. le Préfet, pour l'étude et la détermination des voies et moyens d'application de la loi du 15 juillet 1893, des indications utiles à tous.

Ayant eu l'occasion de faire une sorte d'épreuve anticipée de la loi, j'ai présenté à la réunion du 2 janvier 1896, un résumé succinct des choses qu'il m'a été donné de constater, et ma petite communication a paru assez instructive, pour que devant les encouragements bienveillants de M. le président Renaut et de M. Rougier, membre du Conseil judiciaire, je me sois permis de l'écrire, espérant ainsi donner l'exemple à ceux de nos confrères qui ont pu faire quelque expérience du même genre et rendre service aux autres, et par suite, je l'espère, aux malheureux que la loi nouvelle se propose de secourir.

I

L'épreuve que j'ai faite a duré dix ans. Voici comment :

Il y a une douzaine d'années environ, mourait à Chessy (Rhône), précédé de peu de temps dans la tombe par sa femme, Jenny Marduel, un ancien notaire du pays, M. Paquet. Cet homme et cette femme de bien, dont je donne ici les noms à titre de pieux hommage, laissaient par deux testaments analogues, aux communes réunies de Chessy, Châtillon et Frontenas, une part importante de leur fortune, notamment une maison d'habitation et des propriétés, dans le but d'y fonder un hôpital local pour les malheureux. Prévoyant bien que ce legs serait insuffisant à remplir son but et qu'il faudrait vraisemblablement en attendre longtemps d'autres pour l'atteindre, les testateurs avaient disposé que, provisoirement, on offrirait à un médecin « de bon renom et capacité », dit le testament dont je respecte les termes, le logement dans la maison d'habitation et la jouissance usufructuaire des propriétés attenantes, à charge, pour ce médecin, de recevoir deux fois la semaine dans son cabinet les indigents des trois communes, et même de tout le canton, qui auraient besoin de ses soins. La qualité d'indigents, avaient ajouté les testateurs, serait reconnue et, par suite, le bénéfice des soins médicaux accordés aux intéressés, par une Commission composée, pour chaque commune légataire, du maire, du curé, et d'un notable homme de bien.

L'Administration d'alors, jugeant inadmissible la composition d'une telle Commission, n'autorisa l'acceptation du legs qu'autant que la Commission serait prise dans les conseils municipaux seulement, et devant sa décision, l'exécuteur testamentaire qui ne voulait pas priver les communes du bénéfice du legs n'eût qu'à s'incliner. Maîtresses du terrain, les communes le balayèrent. Les intentions du testateur devinrent à peu près lettre morte ; du testament il ne resta que le texte, pieusement relégué aux archives, et l'argent. Le Syndicat communal décida : 1° qu'on donnerait au médecin choisi pour le service d'assistance, au lieu de l'usufruit testamentaire, qui l'aurait, semblait-on craindre, probablement transformé en agriculteur, un simple droit d'usage et d'habitation dans la maison, la cour et le jardin y attenant, plus un traitement fixe de 2,000 francs, à charge de donner aux indigents deux consultations par semaine et de leur *faire toutes les visites nécessaires à domicile;* 2° que les indigents seraient inscrits d'avance sur une liste officielle dressée par la Commission syndicale composée du maire et de deux conseillers municipaux par chaque commune.

Ces préliminaires, un peu longs peut-être, sont trop nécessaires à la clarté du récit qui va suivre, pour que j'aie pu les réduire. On y reconnaîtra d'ailleurs toute l'économie de la loi de 1893 avec ses deux principes fondamentaux, le premier, louable et trop conforme aux idées humanitaires de notre époque pour qu'il soit possible de le critiquer, celui de l'assistance gratuite et obligatoire des indigents malades : le second, très discutable à mon avis, celui de la création, avant tout besoin, d'une classe officielle d'indigents ayant désormais contre leur commune, de par le seul fait de leur inscription sur une liste municipale déposée au secrétariat de la mairie, un droit de créance.

Je n'ai pas à faire ici d'appréciation économique, mais je ne puis m'empêcher de payer en passant un faible tribut de reconnaissance à M. le professeur Rougier, qui m'a appris, lorsque j'avais l'honneur d'être son élève au cours d'Economie politique de la Faculté de droit, que c'est avec le principe de l'assistance paroissiale obligatoire que l'Angleterre s'est faite au flanc cette plaie incurable du paupérisme dont elle ne peut plus se délivrer et qui nous menace peut-être plus redoutablement.

Quand la Commission syndicale eut confectionné son règlement, elle fit appel aux médecins. Je me présentai ; je n'ai qu'une excuse : j'avais 24 ans et des illusions. *Imbecilli as ætatis*, disaient les Romains, Cependant, malgré ces faiblesses et quelque peu instruit par une trop courte suppléance faite au service d'un bureau de bienfaisance, j'avais essayé, dans la mesure de mes humbles forces, de réagir contre ce que je sentais instinctivement de mauvais, dans le programme philanthropique des communes. J'avais déclaré que je n'acceptais pas qu'on m'imposât *en principe* de faire les visites à domicile, mais *qu'en fait* je ferais ces visites, en les considérant comme un devoir de charité professionnelle indépendant du traitement qui m'était alloué, et sous la réserve que je serais seul juge de leur opportunité et responsable de ma conduite seulement vis-à-vis de ma conscience de médecin. Il n'y avait pas à discuter les autres conditions; je fus accepté sur ces bases et l'expérience commença.

Si j'avais eu quelques illusions au début, elles tombèrent vite. Je me souviens encore de ce maire qui me disait, dans une réunion préparatoire : « Des indigents, Monsieur ! mais il n'y en a pas dix dans ma commune. Tout le monde est à l'aise et vous aurez vite fait de soigner les pauvres en venant voir les riches. » C'est cette commune qui me fournit, proportionnellement à sa population, le plus beau chiffre d'indigents (cinquante familles sur cent trois, soit plus de la moitié de la population, car l'étymologie du mot prolétaire s'y justifiait une fois de plus); je n'y fis guère de courses que pour eux ; quant aux gens aisés, dont parlait M. le Maire, ils firent sans doute appeler mes confrères.

Quand les listes officielles me furent communiquées (je n'avais naturellement pas eu voix consultative), j'en restai littéralement ébahi. Ce travail, du reste, n'avait pas été tout seul. Chaque commune s'était livrée à une interprétation du mot indigent, qu'on pourrait, sans trop d'irrévérence, qualifier de fantaisiste et qui rappelle la laborieuse recherche de la signification du mot « aliénés » dont parle je ne sais plus quel écho sur nos bons villageois. Le dictionnaire dit cependant qu'indigent signifie extrêmement pauvre, nécessiteux, sans ressources, et la loi fait souvent prouver l'indigence par un certificat de non-imposition émané du percepteur. Mais ce sont là choses trop simples pour des édiles philanthropes qui paient le médecin à prix fixe et n'ont plus à se préoccuper de voir leurs dépenses augmenter en raison de leur générosité. L'une des communes adopta à peu près les données du dictionnaire et de la loi, mais à la liste respectable qui en résultait, elle ajouta d'un trait de plume et sous forme de *nota bene*, tous les domestiques, en bloc, mâles et femelles. La deuxième décréta qu'indigents, cela voulait dire : locataires. Il s'en suivit des choses cocasses, que je n'oserais pas écrire si je n'étais en mesure de les prouver : dans la liste de cette commune, rédigée par un secrétaire de mairie au moins naïf, figure un individu qui, dans la colonne des professions, est qualifié de rentier.

La troisième commune eut la palme, battit le record pour parler le langage du jour. On s'y servit bien du dictionnaire, mais on confondit deux mots qui se suivaient, et les indigents se transformèrent bonnement en indigènes. C'est cette commune qui cloua sur sa liste près des deux tiers de sa population. Cependant sur l'observation d'un conseiller de l'opposition « Que c'était trop, tout de même, que le médecin ne serait pas assez bête pour accepter tant d'indigents que cela sans crier, » (ce même conseiller devenu maire à son tour, devait me faire plus tard le reproche de manquer de zèle dans mes visites à ses indigents, dont il avait du reste pieusement respecté le nombre), le Conseil, pris de pudeur, revisa sa liste avec soin, passa la revue des cinquante familles et finit par en rayer *une*, la première, celle de l'instituteur, secrétaire de mairie, qui, en rédigeant la liste, s'était mis naturellement en tête : « Puisque c'est moi, avait-il pensé, non sans une certaine logique, qui distribuerai les bons de visite aux autres, c'est bien juste que je m'en donne à moi le premier. »

Lorsque j'eus suffisamment médité les listes, je tentai quelques protestations timides. Elles n'eurent pas de succès. « Oui, en effet, on a mis beaucoup d'indigents, me répondit un des honorables magistrats mu-

nicipaux, mais c'est parce qu'on a vu que vous faisiez bien votre service. » J'essayai alors de l'ironie : « Et un tel, dis-je, comment diantre avez-vous fait pour ne pas l'inscrire ? » Le succès fut éclatant. On ajouta un tel tout de suite.

Les communes ne devaient pas tarder à regretter leur munificence. Tous frais payés, il restait quelque argent, dont on voulut faire bénéficer les indigents sous forme de médicaments gratuits. Mais il était difficile d'imposer au pharmacien un abonnement ; personne n'y songea, du reste, je crois. Le pharmacien consentit un rabais de 10 pour 100 et les choses suivirent leur cours, naturel et fatal. Au bout de cinq années, les abus étaient devenus si criants, il s'était produit de telles énormités que l'horrible déficit avait fait son apparition. On essaya d'un palliatif. Je fus invité à mettre sur les ordonnances les noms des malades. Les maires s'engagèrent à ne les viser que sur vérification. N'importe, le déficit augmentait encore. Je fus invité une seconde fois à ne pas donner de quinquina. Je répondis que personne n'avait à me dicter mes ordonnances, que la médication des indigents était surtout une médication tonique et que, si le pharmacien avait vendu des biftecks, j'aurais ordonné des biftecks. Alors on revisa les listes. On ! on ne supprima aucun indigent ; mais on en fit deux catégories : il y eut des indigents de première classe, avec médicaments, et des indigents de deuxième classe, sans médicaments. Et le déficit augmentait toujours ! Alors il fallut en venir au moyen radical. On supprima tous les médic aments. Du coup, je n'eus plus d'autres clients parmi les pauvres que ceux qu'une extrême nécessité forçait à me consulter quand même et ceux pour qui mon ministère pouvait s'exercer sans recourir à la pharmacie.

J'ai parlé un peu légèrement de choses bien graves. Mais il faut bien se hâter de rire des choses pour ne pas être obligé d'en pleurer, dit Figaro. Néanmoins, je dégagerai de ce récit de l'évolution d'une institution philanthropique une première remarque, car j'aurai à revenir plus loin sur d'autres points de la question.

Un testateur intelligent avait voulu secourir des indigents malades. Il avait fait appel au dévouement et à la conscience du corps médical et n'avait demandé au médecin que peu de chose, sachant bien que celui-ci ferait le reste de lui-même. On a voulu perfectionner son œuvre et on a abouti à la détruire, avec les meilleures intentions du monde, j'en suis persuadé, mais cela prouve une fois de plus la justesse de ce dicton qui prétend que l'enfer en est pavé. On a été trop loin, d'abord en faisant une liste officielle, ensuite en la faisant trop large, mû qu'on était par cette considération que le médecin n'en coûterait pas davantage. Il en est résulté ce fait bizarre que le médecin créé pour les pauvres n'a pu jouer en fin de compte vis-à-vis d'eux qu'un rôle de consolateur et parfois de rhabilleur ; qu'il a cessé en fait d'être le médecin des indigents pour devenir un médecin communal, son traitement changeant lui-même de caractère.

C'est à cette phase de l'expérience que je donnai ma démission. Depuis, les communes ont continué leurs errements. Impuissantes à réagir contre les funestes conséquences de leurs listes, elles ont été obligées de chercher des ressources ailleurs et elles les ont prises tout naturellement, sur le traitement du médecin qui a été réduit à 1,500 francs. Si les abus se reproduisent, et ils se reproduiront, faudra-t-il encore réduire ce traitement ? Cela juge d'abord la question de l'abonnement qui est mauvais pour les assistés et désastreux pour le médecin. Cela juge déjà la question des listes qui conduit encore à des résultats plus curieux.

(*A suivre.*)

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de l'arrondissement de Joigny.

18 *juillet* 1895.

Présents : MM. les Drs Leriche, *président* ; Bazo, *vice-président* ; Longbois, *secrétaire* ; Truchy, membre du bureau ; Boulland, Duran, Esménard, Fort, Lepelletier, Chamozzi, Jacob, Toupance.

Excusés : MM. les Drs Bricard, Pouillot (de Joigny), Ardillaux, Boyer, Peltier, Guyard, Legendre, Lesueur.

Se sont excusés également et adhèrent à l'avance aux décisions prises par la réunion : MM. les Drs Franchis et Roché (de Charny).

Médecins des hôpitaux de province.

Après de nouvelles considérations sur l'Assistance médicale gratuite, la parole est au Dr Longbois, secrétaire, pour la lecture d'un rapport sur l'organisation des hôpitaux-hospices en province et le recrutement du personnel médico-chirurgical.

En voici les conclusions :

1° Les services d'hôpital, ainsi que tous les autres services médicaux publics, salariés ou non, ne peuvent être occupés que par des Français, docteurs en médecine d'une de nos Facultés.

2° Tout en regrettant que nos mœurs actuelles, l'organisation de nos Facultés de médecine et celle de notre assistance, ne nous permettent pas de faire attribuer au concours les places de médecins et chirurgiens des hôpitaux de province, adoptons le système du roulement avec une double limite d'âge.

3° On ne pourra prendre son tour qu'après cinq années d'installation dans la même résidence. Les médecins et chirurgiens, après soixante-cinq ans, seront de droit mis à la retraite et admis à l'honorariat.

5° Il est bien entendu que ce règlement n'a d'effet que dans les localités où le nombre des médecins dépasse le nombre des services hospitaliers.

5° Ce rapport et ces conclusions seront adressés aux membres des commissions administratives des hospices de l'arrondissement de Joigny, aux conseillers municipaux des villes possédant un hôpital dans cet arrondissement, à M. le préfet de l'Yonne, à M. le sous-préfet de Joigny et aux membres de la commission supérieure de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur.

Ces conclusions, dans leur ensemble, sont adoptées à l'unanimité des membres présents.

Sur la question de la limite d'âge, M. le docteur Esménard ayant proposé de la reculer à 70 ans, il est procédé à un vote partiel sur la question et à l'unanimité, moins une voix, la limite d'âge est fixée à 65 ans pour les médecins et les chirurgiens.

Déclaration des maladies contagieuses.

Les membres présents présentent leurs observations sur l'inutilité de ces déclarations et le peu de compte qu'en tient l'administration.

Le Syndicat vote à l'unanimité la résolution suivante :

On doit au médecin qui fait une déclaration une créance absolue.

En admettant que l'Administration ait besoin de faire contrôler cette déclaration, le médecin doit être invité à assister à la visite faite par le médecin des épidémies.

Il y là une question non seulement de convenance et de dignité mais encore d'utilité pratique, puisque le médecin traitant donnerait des renseignements indispensables sur le début, la nature et la marche de la maladie.

Le secrétaire,
Dr LONGBOIS.

REPORTAGE MÉDICAL

Association de la Presse médicale française. Congrès international de Thalassothérapie de Tunis. (Avril 1896). — Par suite d'une entente avec l'*Association française pour l'avancement des Sciences*, les adhérents au Congrès international de Thalassothérapie de Tunis qui se feront inscrire au bureau du comité central de propagande de ce Congrès (secrétariat général de l'Association de la Presse médicale, 14, boulevard Saint-Germain, à Paris), avant le 20 février 1896, seront admis, par faveur spéciale, à participer à tous les avantages que l'Association française procurera à ses membres pendant la durée de la session de Tunis (*Congrès de Carthage*).

Il suffit, pour être inscrit, de verser ou d'adresser par la poste au secrétaire du comité central, M. Marcel Baudouin, la somme de Vingt Francs.

Cette cotisation donne droit au volume qui sera publié ultérieurement et qui contiendra les communications faites au Congrès de Thalassothérapie. De plus, elle assimile les membres de ce Congrès à ceux de l'Association française : ce qui leur permettra d'obtenir, aux conditions habituelles, une réduction de 50 % sur les frais de voyages (chemins de fer et bateaux), et leur permettra de retenir à l'avance leur logement à Tunis et de se faire inscrire aux diverses excursions qui seront organisées en Tunisie à l'occasion de ces Congrès par l'Association française.

On est prié d'envoyer son adhésion *le plus tôt possible*, 14, boulevard Saint-Germain.

— *Académie de médecine.* — Dans sa séance du 11 février l'Académie de médecine a nommé correspondants nationaux MM. Renaut et Lépine, tous deux professeurs à la Faculté de Lyon.

M. le professeur Grasset (de Montpellier), qui était présenté en troisième ligne, a obtenu un chiffre de voix qui lui assure sans doute l'élection dans un avenir très prochain.

— *La vente des sérums thérapeutiques.* — Nous donnons ci-dessous le texte du décret relatif à la vente des sérums, promulgué en exécution de la loi d'avril 1895 :

Article premier. — La préparation des virus atténués, sérums thérapeutiques, toxines modifiées ou produits analogues pouvant servir à la prophylaxie et à la thérapeutique des maladies contagieuses, et des substances injectables d'origine organique appliquées au traitement des affections aiguës ou chroniques, est autorisée dans les établissements et suivant les conditions ci-après déterminées :

1° Institut Pasteur de Paris : serum antidiphtérique, serum antivenimeux ;

2° Institut Pasteur de Lille, dirigé par M. Calmettes : serum antidiphtérique, serum antivenimeux :

3° Laboratoire du Havre, dirigé par M. Dumont : serum antidiphtérique ;

4° Laboratoire de Nancy, dirigé par M. Macé ; serum antidiphtérique ;

5° Laboratoire de Lyon, dirigé par M. Arloing : serum antidiphtérique ;

6° Laboratoire de Grenoble, dirigé par MM. Berlioz et Jourdan : serum antidiphtérique ;

7° Laboratoire de MM. Egasse et Bouyé, rue des Fossés-Saint-Jacques, 19, à Paris : extraits organiques préparés selon la méthode de Brown-Sequard.

Art. 2. — Ces produits pourront être débités à titre gratuit ou onéreux. L'autorisation dont ils sont l'objet est temporaire et révocable ; ils sont soumis à l'inspection prescrite par la loi.

— *Concours des Hôpitaux.* — Le jury du concours pour trois places de médecin des hôpitaux de Paris, qui doit s'ouvrir le 24 février 1896, est provisoirement composé de MM. Cornil, Giraudeau, Josias, Kirmisson, Mauriac, Potain et Raymond.

Les candidats inscrits sont, par ordre alphabétique, MM. Achalme, Auscher, Aviragnet, Beaumé, Belin, Berbez, Besançon, Boix, Boulloche, Bruhl, Capitan, Caussade, Charrier, Claisse, Coffin, Courtois-Suffit, de Gennes, de Grandmaison, de Saint-Germain, Deschamps, Dubief, du Pasquier, Dupré, Dutil, Enriquez, Ettlinger, Florand, Gallois, Gastou, Gouget, Hallion, Hudelo, Jacquet, Jeanselme, A. Laffitte, Lamy, Legry, Le Noir, Leredde, Lesage, Létienne, G.-C. Lion, Londe, G.-R. Lyon, Macaigne, Méry, Michel, Mosny, Nageotte, Papillon, Parmentier, Pignol, Pilliet, Plicque, Régnier, Renault, Rénon, Sallard, Sottas, Souques, Springer, Teissier, Thérèse, Thiercelin, Thiroloix, Tissier, Triboulet, Veillon.

69 candidats pour *trois places* ! ! !

— *Mutations dans les hôpitaux.* — En raison du décès de M. Prengrueber, la Société des chirurgiens des hôpitaux a décidé les mutations suivantes : M. Bazy va de Bicêtre à Tenon ; M. Chaput, chirurgien des hôpitaux, devient chirurgien chef de service à l'hospice de Bicêtre.

— *Statistique des étudiants en médecine.* — Dans les documents annexés au rapport de M. Poincaré, sur le projet de loi relatif à la constitution des Universités, on trouve une statistique qui montre à la fois le nombre toujours croissant des étudiants et le nombre infime des élèves de plusieurs Écoles secondaires. Nous prendrons seulement les chiffres à dix ans de distance.

	1885	1895
Paris	4.234	4.149
Besançon	15	33
Bordeaux	408	796
Caen	25	33
Clermont	23	38
Dijon	30	45
Grenoble	23	33
Lille	125	305
Lyon	395	914
Marseille	53	151
Montpellier	230	574
Nancy	127	312
Poitiers	27	24
Rennes	49	105
Toulouse	97	331
Amiens	33	27
Angers	21	85
Limoges	22	78
Nantes	67	203
Reims	32	48
Rouen	24	74
Tours	20	38
Alger	33	124
Totaux :	6.163	8.535

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4068. M. le docteur Boudou, de Mèze (Hérault), membre du Syndicat des médecins de Montpellier.

N° 4069. M. le docteur Haquin, de Dinan (C.-d.-N.), membre du Syndicat des médecins des Côtes-du-Nord.

N° 4070. M. le docteur Matton, de Dax (Landes), membre des associations des médecins des Landes et des Basses-Pyrénées.

N° 4071. M. le docteur Vauthier, de Tinchebray (Orne), membre du Syndicat médical de Vire.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Chabory, de Veyre (P.-d.-D.) membre du Concours Médical.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année | N° 9 | 29 Février 1896

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

L'existence de l'Association amicale.

On pourrait nous reprocher, parfois, de revenir trop souvent sur les mêmes questions, et, suivant une expression que la courtoisie médicale interdit de prononcer, mais qui est au fond de la pensée, de tomber dans le rabâchage.

Croyez bien, chers confrères, que nous sommes les premiers à souffrir de ne pouvoir varier, au gré de notre fantaisie, le thème de nos conversations. Mais il est des nécessités qui s'imposent : en voici une nouvelle preuve.

M. le Dr Surmay (de Ham), président de la Société locale de Saint-Quentin, et l'un des vétérans qui ont suivi les phases de la lutte pour l'amélioration du sort des médecins, fut des premiers à réclamer, comme nous et après nous, la création d'une Caisse Indemnité maladie de droit, au sein de l'Association générale. Malgré les efforts des Cézilly, des Lande, des Lassalle, des Delvaille, des Laborde, des Lagoguey (j'en passe et des meilleurs), l'idée fut rejetée définitivement en 1893.

Et cependant, dès la même année, M. Cézilly et ses collaborateurs du « *Concours médical* » mettaient debout l'*Association amicale des médecins français pour l'indemnité-maladie*, Société confraternelle basée sur les principes du droit et de la prévoyance, véritable assurance mutuelle, en un mot, conçue suivant le plan et les indications fournies par les partisans du projet rejeté.

L'œuvre se développa rapidement : elle compte, après deux ans d'existence, plus de 300 membres ; son actif atteint 37.000 fr. ; elle a versé une trentaine d'indemnités dont le total touche à 3.500 francs.

Mais, tandis que la plupart de ceux qui combattirent, pour préparer sa naissance, ont accepté de la patronner hautement partout, et spécialement dans les Syndicats et les Sociétés locales, tandis que le président et le secrétaire général de l'Association, MM. Lannelongue et Lereboullet, ont déclaré qu'elle avait droit à toutes les sympathies et à tous les encouragements, ainsi que sa sœur aînée la *Caisse des pensions*, il se trouve que certains partisans de la veille restent sur la réserve, s'abstiennent de la propagande, ou même, comme M. le Dr Surmay, en parlent toujours ainsi que d'un projet.

Voici, en effet, ce que disait notre confrère à la dernière réunion de la Société, qu'il préside depuis si longtemps :

« Je pense, et je vous l'ai déjà dit, qu'il y a un autre moyen d'enrichir l'Association et d'étendre ses bienfaits : c'est de fonder la caisse d'indemnité-maladie. Pour cette caisse, vous trouverez des souscripteurs, qui ne vous reprocheront rien, car ils seront volontaires ; vous trouverez des fonds, car ces fonds rapporteront à ceux mêmes qui les auront versés. Et, quand cette caisse fonctionnera, vous aurez moins de malheureux à secourir et vous pourrez donc, à ces tout à fait infortunés, donner davantage. Que si, au contraire, vous demandez à tout le monde de verser un droit d'admission et une cotisation plus élevés — et vous n'oublierez pas que bon nombre versent, déjà, en plus, une cotisation au syndicat dont ils font partie — vous ne trouverez plus d'argent pour l'indemnité-maladie.

« Or, l'Indemnité-maladie, le droit à une indemnité proportionnée au versement de chaque souscripteur, voilà la vraie sauvegarde. C'est une assurance, et si la charité est noble, l'assurance ne l'est pas moins.

« Croyez-vous qu'il n'est pas plus prudent de s'assurer par un versement annuel de soixante ou de cent vingt francs une indemnité journalière de cinq ou de dix francs, en cas de maladie ou d'infirmité consécutive à une maladie, que d'espérer, aux jours de malheur, un secours plus ou moins discuté et plus ou moins incertain et, qu'en tout cas, il faut solliciter ? Et n'est-il pas plus conforme à la dignité personnelle de recevoir ce qui est dû, que d'implorer la charité ?

« Il y a des caisses de retraite et l'on a même institué une caisse médicale de retraite pour la vieillesse. Je crois que celle-ci, pour un versement de cent vingt francs par an, assure au souscripteur une pension de douze cents francs à soixante ans. Mais, d'abord, douze cents francs,

« ce n'est que le tiers de l'indemnité annuelle que « recevrait un souscripteur de cent vingt francs « à l'indemnité-maladie, s'il devenait infirme ou in- « curable. Et puis, si l'assuré à la caisse de retraite « devient malade, la caisse ne lui doit rien ; et s'il «n'arrive pas jusqu'à soixante ans, ses versements « seront perdus pour lui.

« Entre la caisse de retraite et l'Indemnité-ma- « ladie, je n'hésite pas ; ma préférence est pour « cette dernière qui, je l'espère, aura un jour sa « place parmi les caisses déjà existantes de l'As- « sociation. — Il faut attendre, pour cela, le vote « de la loi en projet sur les Sociétés de secours « mutuels, qui doit donner à notre Association « l'élasticité dont elle manque. »

Ce langage, si favorable qu'il soit au principe de la création dont nous avons pris l'initiative, n'est-il pas fait pour provoquer une grande surprise ?

M. le Dr Surmay a *entendu parler de la Caisse des pensions*, mais il semble ignorer jusqu'à l'existence de l'*Association amicale* ! ! et pourtant le premier souci du Secrétaire général de notre œuvre avait été de réclamer par une lettre de 4 pages, et par l'exposé des statuts et du fonctionnement, le patronage très désiré du président de la Société locale de Saint-Quentin : et s'il ne reçut pas de réponse, il n'en compta pas moins sur un acquiescement qu'il croyait tout naturel, après la communauté de vues exprimées aux réunions de l'Association générale. *A quels singuliers mobiles obéit donc M. Surmay ! !*

Et voilà pourquoi, chers confrères, nous sommes obligés de répéter encore avec une insistance, qui confine à l'obsession de la réclame :

Cette caisse indemnité-maladie que l'on voulait fonder à côté et sous le patronage de l'Association générale, elle existe et grandit depuis deux ans, sur les bases et dans les conditions réclamées, sans avoir à se préoccuper de la loi sur les Sociétés de Secours mutuels. C'est l'*Association amicale des médecins français*, dont nous tenons les statuts à la disposition de tous nos confrères, et qui a résolu le problème de venir en aide, de la façon la plus efficace, à tous ceux d'entre nous que la maladie, notre adversaire du duel quotidien, a touchés d'un coup de Jarnac.

Qu'on ait fait la conspiration du silence, assez longtemps, sur bien des actes méritoires du *Concours*, nous l'avons accepté sans nous en plaindre jamais, sachant que le temps fait justice de ces petites manœuvres. Mais faire la même conspiration au sujet des œuvres générales d'intérêt médical, qu'on paraît réclamer d'ailleurs avec insistance, c'est étrange !

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

La photographie par les rayons Röntgen à travers les corps opaques.

Depuis notre petit article d'il y a 15 jours sur les rayons X de Röntgen et la photographie à travers les corps opaques, les expériences et les recherches se sont multipliées et la science a marché à pas de géant. Comme nous le disions, on n'en est pas encore à photographier les tumeurs cérébrales, ni le sexe de l'enfant dans l'utérus de sa mère, mais on n'en est peut-être pas si éloigné que nous le pensions.

M. le professeur Lannelongue a photographié les lésions tuberculeuses d'un genou chez un enfant et a pu vérifier par l'épreuve photographique le siège précis de la destruction du fémur et du tibia, ainsi que le degré de cette destruction.

Un chirurgien allemand ayant à traiter un homme atteint d'une plaie du dos et d'une paraplégie des membres inférieurs, sans qu'il ait été possible d'avoir des détails sur les circonstances qui avaient accompagné le traumatisme, a obtenu par la photographie au moyen des rayons Röntgen, l'image d'une lame de couteau, cassée dans la colonne vertébrale et plongeant dans la moelle épinière. L'opération lui a permis d'extraire la lame ainsi dépistée.

Une balle perdue dans la main d'un blessé, a été photographiée et retirée sans explorations préalables inutiles.

Enfin, deux phénomènes encore plus extraordinaires viennent d'être signalés à l'Académie des sciences l'un par M. le professeur d'Arsonval et l'autre par M. Salvioni à l'Université de Pérouse.

« M. d'Arsonval, dit le *Bulletin médical*, a montré des photographies d'une raie obtenues par M. Murat (du Havre) à l'aide de ce que M. Le Bon a appelé la « lumière noire ».

M. d'Arsonval a exposé succinctement le principe de cette méthode dont les premières applications — représentées par les photographies obtenues — ont paru surprendre au plus haut degré la savante assemblée.

Voici le principe de la méthode :

Une plaque photographique est enfermée à l'intérieur d'une boîte métallique close, dont une paroi, verticale et parallèle à la plaque, est en cuivre ; les autres parois sont en plomb.

On éclaire la paroi de cuivre par un bec Auer placé à l'*extérieur* de la boîte ; à l'intérieur de celle-ci on place l'objet à photographier *entre la paroi de cuivre et la plaque sensible.* Au bout d'un certain temps de pose, on retire la plaque et l'on procède au développement ; or, on constate qu'elle a été impressionnée et qu'elle a conservé l'image de l'objet.

Pour une même durée de pose l'apparence obtenue sur la plaque dépend de la durée du développement. On peut ainsi faire apparaître soit la surface antérieure de l'objet, soit l'intérieur, à des profondeurs diverses. Les photographies d'une raie présentées à l'Académie ont été obtenues dans ces conditions. L'une, par exemple, montrait seulement une des faces du poisson ; sur une autre on apercevait le foie, le cœur, etc. Bref, le poisson se trouve en quelque sorte disséqué couche par couche, jusqu'à la face opposée à celle que l'on photographiait.

Le succès de l'expérience ne semble pas dépendre de l'épaisseur de la paroi de cuivre qui sépare l'objet et la plaque sensible de la source lumineuse.

On ne possède encore aucune explication du phénomène ; s'il est dû à des radiations émises par la lampe ou par la paroi de cuivre, ces radiations semblent très différentes de celles de Röntgen, car celles-ci traversent l'ébonite et sont arrêtées par les métaux ; c'est l'inverse qui a lieu pour celles-là. »

M. Salvioni, d'après la *Semaine médicale*, a imaginé un appareil permettant à l'œil de voir directement les ombres produites par les rayons — X.

Cet instrument, auquel il a donné le nom de *cryptoscope*, se compose d'un tube de carton d'environ 8 centimètres de longueur, fermé à l'une de ses extrémités par une plaque de carton noir enduite sur sa surface interne d'une couche de colle de poisson contenant du sulfure de calcium, substance qui devient fluorescente sous l'action des rayons de Röntgen. A l'autre bout du tube est enchâssée une lentille à travers laquelle l'œil aperçoit distinctement, sans aucun effort d'accommodation, la plaque sensible lorsqu'elle devient fluorescente. Au moyen du cryptoscope, il est facile de juger, même dans un milieu éclairé, de la forme et de la position respectives des corps métalliques placés dans des boîtes de carton, de bois, d'aluminium, ou bien dissimulés dans des morceaux de viande. En effet, la plaque fluorescente de l'appareil, ne s'illuminant que dans les parties sur lesquelles tombent les rayons — X, donne en noir la silhouette des objets qui interceptent ces radiations.

L'inventeur espère que son cryptoscope est appelé à rendre des services appréciables dans le domaine de la médecine et de la chirurgie.

Pour préparer les plaques fluorescentes, on peut remplacer avec avantage le sulfure de calcium par le cyanure double de platine et de baryum. »

Si la série des découvertes continue aussi rapidement, la méthode de Röntgen révolutionnera décidément les procédés d'investigation de la médecine et de la chirurgie.

Toutefois, hâtons-nous de dire que ces nouveaux moyens ne sont pas encore à la portée de tous et restent la propriété des hommes de laboratoire et de science théorique.

Les fabricants ne peuvent livrer aux praticiens des appareils faciles à manier et leur permettant de réaliser eux-mêmes ces expériences. Enregistrons donc seulement pour le moment, et attendons la suite des progrès qui ne tarderont pas à venir.

Equivalence en gouttes du laudanum et de l'élixir parégorique.

Notre confrère, le *Journal des Praticiens*, publie une note de M. le Dr Haquin, de Dinan, que nous ne saurions nous empêcher de citer, car elle vient compléter et terminer définitivement une étude, que nous avions entreprise, il y a deux ans, à propos de l'Elixir parégorique.

La thérapeutique est sujette à de nombreuses fluctuations, en particulier pour ce qui concerne l'équivalence du laudanum et de l'Elixir parégorique. Les maîtres eux-mêmes ont des opinions très diverses ; aussi, en présence de divergences aussi accentuées, le praticien doit se trouver extrêmement embarrassé. On sait combien les enfants, et particulièrement les jeunes enfants, sont sensibles à l'action de l'opium ; tous les auteurs, tous les cliniciens sont unanimes à le reconnaître. Il n'est donc pas indifférent, étant donné que l'on veuille faire prendre à un jeune enfant la dose d'extrait d'opium contenue dans une goutte de laudanum, et que l'on ait jugé à propos de substituer au laudanum l'élixir parégorique, il n'est pas indifférent, dis-je, de savoir si l'on doit prescrire cinq gouttes d'élixir parégorique avec d'Espine et Picot, dix gouttes avec J. Simon et avec Comby, ou vingt-cinq gouttes avec M. Raymond Nogué. Si l'on donne une dose trop faible d'opium au jeune enfant, le résultat thérapeutique recherché n'est pas obtenu ; si, au contraire, on en prescrit une dose exagérée, l'enfant peut tomber dans un état de collapsus des plus inquiétants, et même succomber à une véritable intoxication. Il y a donc tout intérêt pour le praticien à être fixé définitivement sur cette question, à savoir quel est le nombre exact de gouttes d'élixir parégorique contenant la même quantité d'extrait d'opium que une goutte de laudanum.

A en juger par les divergences des auteurs ou des cliniciens que nous avons cités, divergences qui oscillent de cinq jusqu'à vingt-cinq gouttes, il semblerait qu'il fût difficile d'établir cette équivalence. On y arrive cependant par un calcul assez simple, bien qu'un peu complexe.

D'après le Codex 1884, page 391, 10 grammes d'élixir parégorique renferment 5 centigrammes d'extrait d'opium. Or, d'après le Codex, page 6, 1 gramme d'élixir parégorique contient 52 gouttes. Donc 10 grammes d'élixir parégorique renferment 52×10, c'est-à-dire 520 gouttes. Donc, puisque 10 grammes d'élixir parégorique égalent 5 centigrammes d'extrait d'opium, 520 *gouttes d'élixir parégorique égalent* 5 *centigrammes d'extrait d'opium*.

Cherchons maintenant le nombre de gouttes de laudanum de Sydenham renfermant 5 centigrammes d'extrait d'opium.

D'après le Codex, page 451, 4 grammes de laudanum de Sydenham renferment 25 centigrammes d'extrait d'opium. Donc 5 centigrammes d'extrait d'opium, c'est-à-dire le cinquième de 25 centigrammes, égalent $\frac{4 \text{ grammes}}{5} = 0$ gr. 80 de laudanum. Or, 1 gramme de laudanum de Sydenham contient 33 gouttes (Codex, page 5). Donc 0 gramme 80 contiennent $33 \times 0{,}80 = 26$ gouttes 4 dixièmes, soit, en chiffre rond, 26 gouttes. — Donc 5 *centigrammes d'extrait d'opium, ou* 0 *gr.* 80 *de laudanum, égalent* 26 *gouttes de laudanum Sydenham.*

Comme nous avons vu plus haut que 5 centigrammes d'extrait d'opium correspondent aussi à 520 gouttes d'élixir parégorique, nous avons donc 26 gouttes laudanum = 520 gouttes élixir parégorique donc 1 *goutte de laudanum* = 520/26 = 20 *gouttes d'élixir parégorique.*

Les divergences des auteurs ou des cliniciens qui indiquent les uns 5, les autres 10, l'autre 25 gouttes d'élixir parégorique comme l'équivalent de 1 goutte de laudanum, tiennent probablement à ce que ces auteurs n'ont pas pris pour base de leurs calculs les données du Codex, ou bien à ce qu'ils n'ont pas en vue la même formule d'élixir parégorique. Il existe, en effet, de nombreuses formules qui diffèrent dans les diverses pharmacopées, françaises et étrangères. Mais en France, nous ne devons nous en rapporter qu'à la formule du Codex de 1884, formule qui n'a pas été modifiée par le supplément de 1895. Quand nous prescrivons *élixir parégorique*, le pharmacien ne doit légalement employer que l'élixir parégorique préparé selon la formule du Codex, édition 1884.

En médecine infantile, et ceci est notre conclusion, le praticien devra donc savoir et retenir qu'une goutte de laudanum de Sydenham est représentée par vingt gouttes d'élixir parégori-

que du Codex ; il devra formuler ses prescriptions en conséquence lorsqu'il voudra substituer au laudanum, l'élixir parégorique.

La créosote dans la tuberculose pulmonaire.

Nous avons jeté le cri d'alarme pour engager chacun de nos confrères à lutter énergiquement et avec conviction, contre l'extension de la tuberculose par une réglementation scientifique de la prophylaxie de cette cruelle maladie.

Aujourd'hui, nous nous occuperons en quelques mots du médicament qui, depuis longtemps est considéré comme le plus sûr dans le traitement de la tuberculose déclarée ; nous avons nommé la créosote. La Société médicale des hôpitaux est en train de discuter sur la créosote et tandis que beaucoup la vantent à outrance, beaucoup aussi la dénigrent peut-être à tort.

M. *Fernet* résume ainsi son opinion sur la créosote dans le traitement de la tuberculose pulmonaire :

« En dehors de ses effets excitants, la plupart des auteurs reconnaissent à la créosote des propriétés antiseptiques. Je ne les nie pas, mais j'incline à penser que la créosote a surtout pour effet de rendre les parties saines du poumon réfractaires au développement du bacille tuberculeux ; quant à une action de ce médicament sur les foyers tuberculeux, je crois qu'elle ne saurait être obtenue que par une médication locale, mais celle-ci présente jusqu'à présent trop de difficultés dans son application pour que je puisse en préconiser la pratique.

« La créosote me paraît indiquée seulement chez les malades atteints de débilité générale et dans les formes torpides de la tuberculose avec expectoration abondante.

« Elle est contre-indiquée, au contraire, dans les tuberculoses dites éréthiques et chez les malades à tendances congestives ou hémorrhagiques. Il en est de même chez les alcooliques, les goutteux et les artério-scléreux.

« Quant aux doses du médicament qu'il convient d'administrer, elles varient avec chaque sujet ; d'une façon générale, je n'ai jamais recours aux doses élevées, que je considère comme dangereuses.

« Les modes d'administration de la créosote sont à peu près indifférents ; je dois dire cependant que j'ai renoncé depuis longtemps à la donner par l'estomac, à cause de ses effets irritants sur la muqueuse gastrique : l'administration par la voie rectale et par la voie hypodermique me paraissent être des méthodes de choix. »

MM. *Hayem*, *Hanot*, *Barié*, *Ferrand* sont du même avis et condamnent l'administration de la créosote par la voie gastrique. M. *Ferrand*, entr'autres, parle de la créosote dans les termes suivants :

Je tiens la créosote pour un antiseptique, mais son action irritante doit en faire rejeter l'emploi, surtout lorsqu'on l'administre par la voie gastrique. A la vérité, la créosote agit favorablement sur la nutrition lorsqu'elle est employée à petites doses, mais pour peu que celles-ci soient prolongées ou augmentées, cette action favorable disparaît et ne tarde pas à être remplacée par des accidents toxiques (urines noires, altération du parenchyme rénal, etc.), qui constituent un véritable *créosotisme* aigu ou chronique.

En s'éliminant par les poumons, la créosote a encore l'inconvénient de favoriser la production de congestions autour des foyers tuberculeux, d'exposer les malades aux hémoptysies et au ramollissement aigu de leurs foyers caséeux.

Pour toutes ces raisons, les indications de la créosote chez les tuberculeux me paraissent très restreintes : elle ne convient guère qu'aux formes torpides et apyrétiques de la tuberculose.

M. *Manquat* rappelle que le lait est un excellent dissolvant de la créosote et permet d'administrer ce médicament en lavements avec une très grande facilité sans avoir recours aux émulsions.

Presque seul M. *Le Gendre*, notre éminent ami et collègue, défend la créosote et prétend qu'elle fait même parfois mieux digérer certains tuberculeux.

Pour nous, nous croyons que le plus simple, aujourd'hui, est d'avoir recours au gaïacol, et, plus spécialement, au carbonate de gaïacol en pilules ou en injections hypodermiques.

CLINIQUE CHIRURGICALE

L'hydarthrose et son traitement.

Ambroise Paré étudia le premier cette affection sous le nom « d'aposthème aqueux ». J. L. Petit la nomma « hydarthrus ». Les travaux ultérieurs à ceux de ces auteurs et de Bonnet, montrent que les épanchements séreux articulaires peuvent survenir dans le cours des affections les plus diverses : maladies du cœur, des reins, du sang. L'hydarthrose devient donc un syndrome clinique caractérisé par un épanchement séreux articulaire, survenant soit au cours d'affections qui intéressent la synoviale, soit à la suite de maladies qui laissent celle-ci intacte. On doit donc séparer les épanchements intra-articulaires consécutifs à une lésion synoviale, des épanchements dyscrasiques ; leurs symptômes, leur marche, leurs indications thérapeutiques justifient cette distinction, tout comme pour la plèvre, on sépare les épanchements séreux de l'hydrothorax.

Donc, sous le nom d'hydarthrose, on décrit *un épanchement séreux chronique consécutif à l'irritation d'une séreuse articulaire.*

Son aspect clinique est aussi facile à décrire qu'à constater. Elle peut apparaître primitivement, lentement, insidieusement, ou, au contraire, elle survient secondairement à une phase aiguë due à un traumatisme articulaire ou à une arthrite. Le malade éprouve tout d'abord une légère gêne fonctionnelle, une sensation vague, qu'il ne peut définir. Peu à peu, le membre se place dans la position la plus favorable à une libre distension de la capsule articulaire. Les tissus péri-articulaires sont repoussés ; les creux s'effacent ; les saillies disparaissent. Au genou, par exemple, la jambe est en légère flexion sur la cuisse ; la région est globuleuse ; la rotule n'est bientôt plus manifeste, car de chaque côté d'elle la capsule distendue fait saillie ; au-dessus, surtout sous le tendon du triceps, où s'étend le cul-de-sac de la synoviale qui communique le plus souvent chez l'adulte avec la cavité articulaire. De

chaque côté du tendon rotulien se forme une bosselure. A l'épaule, cette saillie occupe l'espace delto-pectoral ; si l'épanchement est très considérable, on peut trouver une saillie dans l'aisselle. Au coude, de chaque côté de l'olécrâne, quelquefois sous le triceps. Au poignet, la saillie est en arrière. A la hanche, la distension des tissus est générale ; mais elle passe souvent inaperçue à cause de l'épaisseur des parties molles, sauf si la bourse du psoas communique avec la synoviale articulaire, auquel cas on a une tumeur liquide en avant, en dehors des vaisseaux fémoraux. A l'articulation tibio-tarsienne, la distension apparaît en avant des malléoles et si l'épanchement est trop considérable de chaque côté du tendon d'Achille. Il faut avec soin, rechercher les culs-de-sac ou prolongements synoviaux, qui forment quelquefois une tumeur en apparence, indépendante de l'articulation, tels sont les kystes poplités par exemple.

A la palpation, on peut déterminer la *fluctuation*. Placez le membre dans la position qui permet le relâchement musculaire le plus complet ; une main maintient alors la tumeur, pendant que les doigts de l'autre main recherchent la sensation de flot.

Au genou, on embrasse dans la concavité du pouce et des trois derniers doigts, la tuméfaction, une main au-dessus, l'autre au-dessous, pendant que l'index resté libre cherche à enfoncer la rotule vers la surface osseuse sous-jacente. La rotule va heurter les condyles fémoraux en refoulant une masse liquide, dont le flot vient soulever les mains de l'opérateur.

Les parties molles sont normales : pas de rougeur, pas de chaleur, aucune vascularisation anormale ou supplémentaire ; le tissu cellulaire est souple, mais dans la profondeur il est souvent permis de trouver, surtout après évacuation du liquide, une synoviale épaissie. Quand l'épanchement a duré longtemps, on peut trouver une mobilité anormale due à la distension des ligaments ; quelquefois aussi un épaississement des os, ou tout au moins du périoste.

La douleur est nulle ou insignifiante ; l'impotence fonctionnelle légère, quand l'épanchement est peu abondant, peut arriver, s'il y a beaucoup de liquide, à être assez accentuée pour rendre la marche impossible.

La distension des ligaments est telle que les surfaces articulaires ne gardent pas leurs rapports réciproques. De là, des entorses fréquentes.

Ce sont là, de véritables complications, auxquelles il faut ajouter la *rupture de la synoviale*, accident rare, et l'*atrophie des muscles articulaires*, qui est constante quand l'affection dure quelque temps. Cette atrophie est due à un trouble trophique névritique.

La marche de l'hydarthrose est essentiellement chronique ; ajoutons qu'elle est aussi le plus souvent progressive, car rares sont les cas où l'on voit le liquide se résorber spontanément. On peut, il est vrai, assister à une résorption partielle, qui n'arrive jamais à la guérison complète, mais est suivie d'une nouvelle rechute. On peut donc dire que l'hydarthrose est, d'une façon générale, une affection *chronique, progressive, récidivante.*

Avec Barwel (Encyclopédie chirurgicale), on peut, au point de vue de la marche, distinguer trois variétés distinctes : 1° L'hydarthrose aiguë qui succède à une poussée inflammatoire. 2° L'hydarthrose qui apparaît sans phénomènes d'inflammation, évolue lentement, sans altération autre que l'augmentation de volume. 3° Celle enfin qui s'accompagne de lésions de la synoviale.

Quelle que soit la forme, la variété, l'hydarthrose ne guérit que très rarement d'une façon spontanée, sauf peut-être dans le cas de rupture de la synoviale ; le liquide s'infiltre dans le tissu articulaire voisin et se résorbe ; la guérison peut s'ensuivre, mais c'est là une pure exception.

En général, il faudra donc intervenir, mais au préalable, il faut faire le diagnostic, non pas tant le diagnostic nosologique, positif, facile d'après les signes que nous avons énumérés, mais le diagnostic différentiel et celui de la cause, dont dépend la thérapeutique à instituer.

L'*œdeme périarticulaire* se distinguera par la trace que laisse le doigt qui s'imprime dans le tissu cellulaire engorgé.

L'*hygroma* a un siège limité ; c'est une tumeur liquide siégeant là où l'anatomie enseigne la présence de bourses séreuses ; la pression ne permet pas de refouler le liquide dans la cavité articulaire voisine. Cependant ce dernier signe peut être trompeur, car des prolongements de la synoviale peuvent ne pas ou ne plus communiquer avec elle.

Dans la *périarthrite*, il y a des craquements superficiels ; on provoque de la douleur en explorant les bourses séreuses.

Dans l'*arthrite tuberculeuse* la gêne des mouvements est autrement considérable. Il y a de la douleur provoquée ; plus tard des fongosités, une augmentation douloureuse du volume des os.

Dans les *fractures incomplètes avec épanchement*, au coude par exemple, on trouve une douleur localisée au niveau d'une épiphyse.

Nous ne faisons que mentionner l'*arthrite aiguë* pour passer au diagnostic étiologique.

En présence d'une hydarthrose, on doit immédiatement rechercher si la cause est locale ou générale.

Les causes locales sont : le traumatisme ; les maladies articulaires chroniques primitives ou secondaires ; les lésions osseuses voisines ; les phlébites.

Un premier groupe comprend donc les *hydarthroses traumatiques*. Ici nous avons d'abord une phase aiguë. Les causes principales sont : l'entorse, un choc direct, une fracture.

Dans un deuxième groupe, nous placerons l'hydarthrose *consécutive à une maladie chronique de l'articulation*, telle que l'arthrite sèche et l'arthrite qui accompagne la présence d'un corps étranger articulaire.

Nous ajouterons dans ce groupe les hydarthroses qui apparaissent au cours des myélites (Charcot) et surtout dans le *tabes* où elles se caractérisent par un épanchement considérable et l'atrophie des épiphyses.

Un troisième groupe comprend les hydarthroses qui surviennent dans les *affections des os* qui concourent à former l'articulation malade : Bouilly a montré que l'ostéomyélite des adolescents, pouvait dans sa forme chronique et bénigne produire l'hydarthrose.

Dans un quatrième groupe de causes locales, nous placerons les phlébites, et surtout la phlegmatia alba dolens, qui s'accompagnent très fréquemment d'hydarthrose.

L'épanchement est dû sans doute ici aux lésions des veines de la synoviale.

A côté de ces causes locales, un certain nombre de maladies générales sont susceptibles de déterminer l'hydarthrose ; ce sont des affections dyscrasiques ou infectieuses.

Ces maladies sont la *syphilis*, la *tuberculose*, quelques maladies infectieuses comme le *rhumatisme* et la *blennorrhagie*.

L'hydarthrose syphilitique est habituellement une manifestation secondaire.

Elle frappe fréquemment le genou ; le plus souvent unilatérale ; pour le professeur Fournier, au contraire, elle serait bilatérale. Le début est lent ; la récidive fréquente.

A la période tertiaire, deux sortes de faits la caractérisent : l'existence de nodosités périsynoviales (gommes), et le peu de gêne que provoque un épanchement relativement considérable.

Le diagnostic sera fait le plus souvent par les commémoratifs et l'influence heureuse du traitement spécifique.

Il faut savoir qu'il existe une hydarthrose symptomatique d'une syphilis héréditaire tardive ; elle a été décrite par Parrot.

Dans la *tuberculose* l'hydarthrose est quelquefois le début d'une forme aiguë, la synovite tuberculeuse. Elle débute comme une hydarthrose ordinaire, sans que rien puisse faire soupçonner sa nature, si ce n'est cependant l'*intermittence* de la lésion. König a insisté sur ce signe ; il a appelé cette hydarthrose : hydrops tuberculosus.

A un moment donné, elle se transforme en arthrite tuberculeuse qui se caractérise surtout par des lésions osseuses et par des phénomènes généraux.

Parmi les maladies infectieuses, le *rhumatisme* et la *blennorrhagie* sont celles qui causent le plus fréquemment l'hydarthrose. La blennorrhagie serait peut-être même la cause la plus commune de l'hydarthrose vulgaire dite idiopathique ; celle-ci n'existe pas ; on peut la rayer du cadre nosologique ; l'hydarthrose est toujours précédée par un état pathologique qui la tient sous sa dépendance.

Ce diagnostic étiologique un peu longuement exposé, permet d'établir le pronostic de l'hydrarthrose que l'on examine, et d'en instituer un traitement rationnel.

Le traitement varie en effet, on le conçoit, avec la cause, mais aussi avec l'époque d'apparition de l'épanchement, car une vieille hydarthrose, ayant récidivé plusieurs fois, ne sera pas traitée comme un épanchement récent.

D'une façon générale, il existe des procédés de douceur et des moyens chirurgicaux.

Les procédés de douceur réussiront surtout au début et dans les épanchements de cause générale dyscrasique ou infectieuse, pour lesquels on instituera en même temps un traitement général.

Les procédés de douceur comprennent : l'immobilisation, la révulsion, la compression, et le massage.

Mais, il ne faut pas échelonner ces différents moyens. Donc, on commence par faire de la *révulsion* soit avec une application de teinture d'iode, soit avec des pointes de feu. On fait aussitôt après la *compression*, de préférence avec une bande de toile, car le caoutchouc a l'inconvénient de nécessiter une application intermittente, souvent d'ailleurs intolérable Le membre comprimé est emprisonné dans une gouttière qui l'*immobilise*.

Le temps délicat est la compression. Comment faut-il la faire, pour ne pas être obligé d'y revenir le lendemain ? Il est indispensable d'envelopper le membre d'une couche de ouate, et de placer sur la face du membre où se trouvent les vaisseaux, du côté du creux poplité, par exemple au genou, une attelle en carton, enveloppée elle-même de ouate et assez large, pour que la bande se réfléchissant sur ses bords se porte directement sur les faces latérales du membre.

Ce traitement devra toujours être institué avant d'avoir recours aux moyens chirurgicaux. On enlève l'appareil quelques jours après, en se basant surtout sur la disparition des phénomènes inflammatoires et sur la diminution de l'épanchement. On fait alors avec fruit du *massage*.

Les moyens précédents n'ayant pas réussi, ou s'il s'agit de vieux épanchements récidivants, on emploie la ponction simple, ou la ponction suivie d'injection irritante, ou l'arthrotomie antiseptique suivie de drainage.

La ponction simple est insuffisante ; suivie d'une injection d'eau phéniquée à 5 %, elle a donné à Schede et à bien d'autres, des résultats complets. On lave le membre avec soin et on ponctionne l'articulation malade par le côté le plus accessible à l'aide d'un trocart de gros calibre. Le liquide exprimé, on fait, avec une seringue de Guyon par exemple, ou un bock, comme pour les injections vaginales, un véritable lavage de l'articulation jusqu'à ce que le liquide sorte clair.

Dans les cas absolument *rebelles seulement*, on sera autorisé à faire l'arthrotomie qui demande des soins rigoureux d'antisepsie et une hémostase parfaite. On draine en fixant les tubes à la peau de façon à ce qu'ils ne pénètrent pas jusqu'aux surfaces articulaires et ne glissent pas dans l'articulation.

Le médecin devra suivre longtemps encore son malade, ramener progressivement les mouvements de l'articulation, éviter les fatigues du membre atteint, recommander le port d'une genouillère élastique : tout cela pour prévenir une récidive malheureusement trop fréquente.

L'électrisation, aidée du massage, sera quelquefois nécessaire pour faire disparaître l'atrophie musculaire.

On n'oubliera pas enfin, le traitement général s'adressant à la diathèse, ou à l'infection.

A. Pascal,
Int. des Hôp. de Paris.

CLINIQUE OTOLOGIQUE

Diagnostic et traitement des corps étrangers de l'oreille.

Bien que l'introduction d'un corps étranger dans l'oreille soit un accident des plus communs, surtout chez l'enfant, et qu'une tentative d'extrac-

tion intempestive ou maladroite puisse avoir les conséquences les plus graves, il est surprenant de voir combien peu de praticiens ont présente à l'esprit la conduite à tenir en pareil cas, combien peu aussi, parmi ceux qui, ignorant ce qu'il faut faire, savent au moins se garder de ce qu'il ne faut pas faire. Il ne sera donc pas inutile de reprendre la question pour en donner une idée générale en insistant sur le diagnostic et le traitement. Nous laisserons de côté les corps étrangers de la trompe d'Eustache et du rocher pour ne nous occuper que de ceux du conduit auditif externe et de la caisse du tympan. Encore aurons-nous surtout en vue les corps étrangers proprement dits, ceux qui viennent de l'extérieur et sont introduits accidentellement dans l'oreille ; nous nous réservons d'étudier dans un autre article les corps étrangers nés sur place (bouchons cérumineux, épidermiques, larves d'insectes, parasites végétaux, etc.) qui constituent une variété à part.

Au point de vue du diagnostic, les malades peuvent être divisés en deux catégories. Les uns savent qu'ils ont un corps étranger dans l'oreille, ils en connaissent la nature, la forme, le moment d'introduction ; lorsqu'il s'agit d'enfants, ces renseignements sont souvent fournis par les parents. Les autres ignorent la nature de l'accident, dont ils souffrent; ils se plaignent de symptômes divers qui, tantôt attirent immédiatement l'attention sur l'oreille, tantôt déroutent le médecin par le peu de relation qu'ils offrent de prime abord avec l'organe lésé.

Les troubles locaux qui, en l'absence de commémoratifs, éveillent l'attention, sont les suivants : sentiment de gêne dans le conduit, surdité plus ou moins accusée, bruits subjectifs, écoulement de sang ou de pus, douleurs locales. Les symptômes réflexes ou à distance sont des vomissements, de la toux, de la gêne respiratoire par irritation du rameau auriculaire du pneumogastrique, de la salivation par irritation de la corde du tympan, de la névralgie du trijumeau, des vertiges, exceptionnellement des crises épileptiformes ou hystériques et des accidents de méningisme.

Quels que soient les troubles accusés et les renseignements donnés par le malade, c'est toujours l'exploration locale qui jugera la question en dernier resssort. Cet examen permet parfois de découvrir un corps étranger qui a élu domicile dans l'oreille depuis un temps plus ou moins long à l'insu du malade. Certains conduits auditifs sont particulièrement tolérants à cet égard ; on trouve dans la littérature médicale toute une série d'observations dans lesquelles des cailloux, des fragments de verre ou d'ardoise, des noyaux de fruits, ont séjourné dix, vingt, quarante ans dans l'oreille sans déterminer le moindre malaise.

L'examen avec le speculum renseigne sur l'existence du corps étranger, son siège, sa nature, sa forme, sa consistance, l'état des parties avec lesquelles il est en contact. Il est d'ordinaire facile de reconnaître la présence d'un corps étranger de l'oreille ; toutefois certaines difficultés peuvent se présenter en particulier lorsque le corps du délit occupe la profondeur du conduit : s'il est petit, il peut se cacher dans la dépression située sur la paroi inférieure du conduit osseux, immédiatement au devant de la membrane du tympan (sinus du conduit) ; il peut encore avoir pénétré dans la caisse, sous l'influence de manœuvres exécutées par le malade ou par le médecin et se cacher derrière la membrane déchirée ou les débris de cette dernière. Il arrive enfin que les parois du conduit irritées par le corps étranger lui-même ou par des efforts antérieurs d'extraction soient le siège d'une tuméfaction intense ou de granulations qui empêchent le regard de pénétrer dans les parties profondes. Dans ces différents cas la vue est insuffisante à faire constater la présence du corps du délit ; il convient alors de recourir à l'exploration avec le stylet. A vrai dire celle-ci ne fournit de résultat positif que si le corps étranger offre une résistance suffisante pour donner une sensation au contact (caillou, perle, bouton, etc.). Cette exploration doit être faite avec une grande prudence et seulement après s'être assuré de la docilité du sujet ; chez les enfants indociles, qui s'agitent, pleurent et crient avant même qu'on ne les touche, il sera prudent de procéder à l'anesthésie au bromure d'éthyle avant d'introduire le stylet dans le conduit de peur qu'un mouvement intempestif de leur part ne rejette brusquement leur tête vers l'opérateur et ne provoque ainsi l'enfoncement du corps étranger dans le fond du conduit ou même dans la caisse. Nous croyons encore devoir prémunir les médecins non exercés à l'exploration de l'oreille contre une cause d'erreur à laquelle expose cet examen : Il faut éviter de prendre pour l'indice de la présence d'un corps étranger, la sensation causée par le heurt accidentel du stylet contre le spéculum ou contre le promontoire.

Enfin, il faut savoir que toute recherche peut être vaine et pour cause: c'est qu'il existe des corps étrangers imaginaires, certains malades affirmant qu'ils se sont introduits dans l'oreille une perle, un bouton, un tampon de coton qui n'y existent en réalité nullement, soit qu'ils aient été expulsés à leur insu, soit qu'ils n'y aient jamais pénétré. Nous avons, pour notre part, observé deux cas de ce genre : dans l'un d'eux, la malade courait de clinique en clinique et d'hôpital en hôpital, pour se faire extraire une perle, qu'elle soutenait sentir elle-même dans son conduit, avec une entière conviction.

Il ne suffit pas de reconnaître la présence d'un corps étranger, il est important d'en déterminer exactement le siège. On sait que le conduit ne présente pas la même largeur dans tous ses points : largement ouvert à ses deux extrémités, il est rétréci à sa partie moyenne, à l'union de ses deux parties, cartilagineuse et osseuse, si bien qu'on a pu comparer sa forme à celle de deux troncs de cône qui seraient adossés par leur base la plus petite ; en d'autres termes la portion cartilagineuse du conduit va en se rétrécissant et la portion osseuse en s'évasant de l'extérieur à la profondeur, un détroit séparant les deux parties. On comprend qu'il soit utile de déterminer si le corps étranger siège en avant de ce détroit, au delà ou dans la caisse même, les difficultés de l'extraction étant différentes dans chacun de ces cas. Rappelons aussi que la lumière du conduit n'est pas circulaire, mais présente la forme d'une ellipse à grand axe dirigé obliquement en bas et en arrière : il en résulte que les corps étrangers sphériques laissent

toujours un espace vide entre eux et l'une des parois, supérieure ou inférieure, du conduit. Une disposition analogue s'observe, d'ailleurs, avec la plupart des corps étrangers irréguliers qui ne remplissent jamais complètement la lumière du conduit. L'existence et le siège de cet interstice sont importants à constater, ainsi que nous le verrons.

Une fois le corps étranger diagnostiqué, il faut l'enlever, car sa présence peut être l'origine d'accidents graves dans le présent ou dans l'avenir (suppuration du conduit et surtout de la caisse, nécrose, méningo-encéphalite).

On peut ériger en règle générale, que *le seul et unique traitement* applicable aux corps étrangers, vierges de toute tentative d'extraction, *est l'injection d'eau tiède.*

Cette injection doit être faite à l'aide d'une seringue renfermant de 150 à 250 gr. de liquide et dont l'extrémité pointue sera introduite à l'entrée du conduit ; le pavillon devra être attiré en haut et en arrière, afin de redresser le conduit, dont la direction normale curviligne s'opposerait à la pénétration de l'eau dans la profondeur et à la sortie du corps étranger.

L'injection doit être poussée avec une certaine force, autant que possible dans la direction de l'espace libre préalablement constatée entre le conduit et la masse à expulser. Elle doit être renouvelée cinq, dix, quinze fois de suite avec une entière patience ; il ne faut pas craindre de faire passer un, deux ou trois litres d'eau dans l'oreille. Si le corps étranger est lourd (grain de plomb), il est bon de faire pencher la tête du côté de l'oreille malade pendant l'injection.

Ce mode de traitement réussit 95 fois sur cent. Deux causes principales peuvent le faire échouer : ou bien le conduit enflammé et tuméfié s'est pour ainsi dire refermé au devant du corps étranger, qui se trouve enclavé ; ou bien des tentatives d'extraction avec des instruments ont été faites par le malade ou par un médecin, et le corps étranger a été refoulé dans la profondeur. Si la tuméfaction du conduit est notable, on devra d'abord la faire disparaître à l'aide d'instillations de liquide antiseptique continuées pendant le temps nécessaire, c'est-à-dire pendant plusieurs jours ; toutefois, s'il survenait des accidents pressants, on interviendrait chirurgicalement par le procédé indiqué ci-dessous. Si des essais inopportuns d'extraction ont été faits, la situation est beaucoup plus grave ; il faut cependant savoir que quelque maladroites qu'aient été les tentatives faites par le malade lui-même, elles sont, d'ordinaire, moins préjudiciables que celles d'un empirique, et cela pour plusieurs raisons : la première, c'est que l'empirique et parfois le médecin inexpérimenté ont presque toujours la malencontreuse idée de s'efforcer de saisir le corps étranger avec des pinces, instruments prohibés, car avec elles on fait invariablement progresser le corps étranger vers la profondeur ; la seconde c'est que pressé, sollicité par les parents en proie à la plus vive inquiétude et aux pires lamentations, on perd d'autant plus patience, qu'on renouvelle plus souvent ses essais infructueux et s'expose ainsi à blesser avec ses instruments les parois du conduit et la membrane. Ce que nous venons de dire de la pince s'applique d'ailleurs à tous les instruments destinés à être introduits dans l'oreille. Ils doivent être proscrits de parti pris ; voilà la règle qu'il faut s'imposer, si l'on ne veut faire courir au malade les plus graves dangers. On n'est autorisé à y déroger que dans des cas absolument exceptionnels, mais que nous nous garderons de signaler ici, d'une part parce que les procédés qui leur conviennent ne sont pas à la portée des personnes non familiarisées avec l'éclairage de l'oreille, et d'autre part aussi pour ne pas affaiblir la valeur de la loi que nous venons de formuler. Il est bon de savoir que les craintes que nous cherchons à inspirer au praticien au sujet de l'introduction d'instruments dans le conduit ne sont nullement vaines : de nombreux cas de mort ont été signalés qui sont survenus à la suite de tentatives brutales ou maladroites d'extraction de corps étrangers.

Dans les cas où le corps étranger acculé dans le fond du conduit ou enclavé dans la caisse, résiste aux injections répétées au besoin plusieurs jours de suite, il faut se préparer à une intervention chirurgicale, car celle-ci sera moins dangereuse pour le malade que tout autre procédé d'extraction par les voies naturelles.

On procédera au décollement du pavillon et du conduit, opération déjà préconisée par Paul d'Egine : incision des téguments jusqu'au périoste immédiatement en arrière du pavillon, que l'on récline en avant, décollement à l'aide d'une spatule de la paroi postérieure du conduit qui est incisée transversalement le plus profondément possible : le corps étranger devient alors visible ; il ne reste plus qu'à l'extraire, soit avec un instrument formant levier, soit avec un stylet dont l'extrémité est recourbée en avant.

Les bords de la plaie rétro-auriculaire sont suturés ; le conduit est tamponné à la gaze iodoformée, ses parois reprennent d'elles-mêmes leur place et leur aspect normaux, sans qu'on ait à se préoccuper de suturer les bords de la plaie qu'on y a faite.

Dans des cas, d'ailleurs fort rares, le corps étranger est introduit si profondément dans la caisse, ou y est tellement enclavé, que l'opération précédente ne donne pas assez de jour pour permettre de l'extraire ; il faut alors la compléter, en faisant sauter avec la gouge et le maillet, la partie profonde des parois supérieure et postérieure du conduit osseux, selon la méthode de Stacke.

D[r] M. Boulay.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'administration et le corps médical.

Nous signalons à l'indignation de la grande presse le récit suivant emprunté à la *Gazette hebdomadaire de Médecine et de chirurgie* :

De plus fort en plus fort ! Nous avons déjà signalé bien des actes édifiants ; celui que nous enregistrons aujourd'hui est encore plus suggestif. Un médecin des plus honorables, le D[r] Berthelot, licencé ès sciences, exerce la médecine dans une petite localité du département de Loir-et-Cher. Il y est, depuis 10 ans, médecin des enfants assistés. Son service n'a jamais donné lieu à aucune plainte. Ses confrères sont unanimes à louer sa probité et son savoir professionnels. Ses clients lui sont dévoués. Sa situation semble à l'abri de toute atteinte. Survient un dissen-

timent relatif à des honoraires qui lui sont dus pour ses fonctions officielles. Le conseil municipal de la commune de Verdes refuse de régler la note du Dr Berthelot. Fort de son droit, celui-ci assigne le conseil municipal devant les juges compétents. Il obtient gain de cause.

Que font les conseillers municipaux ? ils vont chercher un jeune médecin sans clientèle, l'installent en face de son confrère et, pour le faire réussir, commencent contre le Dr Berthelot, la plus odieuse campagne. On barbouille de cirage sa plaque et ses volets. On placarde contre lui des affiches injurieuses. On calomnie sa famille. Un boulanger, un tonnelier, un ancien concierge, chefs du mouvement, s'efforcent de détourner les clients du Dr Berthelot pour les adresser au *médecin de la vengeance (sic)*. Ils n'y réussissent point. Ils s'avisent, dès lors, de faire voter par le conseil municipal une délibération qui, calomniant indignement le Dr Berthelot, aurait pour résultat de lui faire retirer ses fonctions de médecin des indigents et d'inspecteur des enfants en bas âge. Le préfet auquel cette délibération est soumise n'hésite pas à l'annuler. Il refuse d'obtempérer aux désirs de la municipalité. Il affirme qu'aucun reproche ne peut être adressé au Dr Berthelot.

Le conseil municipal démissionne, se fait réélire, obtient l'appui de quelques sénateurs et députés du département, et grâce à ceux-ci, oblige le préfet à céder.

Celui-ci ne se résigne pas cependant à révoquer purement et simplement un honnête homme, qui n'a eu d'autre tort que de défendre ses droits. Il lui écrit une lettre l'informant de la mesure « *qu'il prend avec peine* » *et le remerciant bien vivement de tout le dévouement qu'il a apporté dans son service.*

Bien plus, sollicité par M. le sénateur Dufay, président de l'Association de Loir-et-Cher, de revenir sur sa décision, le préfet lui répond dans les termes suivants : « Le conseil munipal m'avait demandé de retirer au Dr Berthelot, qui s'en acquittait parfaitement le service dont il était chargé. J'ai refusé. Le conseil a donné sa démission. Il a été réélu. J'ai dû céder pour faire cesser un état de choses qui rendait l'administration impossible, d'autant plus que tous les représentants du département, excepté vous, appuyaient les exigences du Conseil municipal.

« Cependant je n'ai cédé qu'à moitié, puisque j'ai partagé le service, alors que l'on voulait le retirer tout entier à M. Berthelot.

— Mais, demandai-je (dit M. Dufay), quel motif invoquait le conseil à l'appui de ses plaintes?

— Le motif ? Il résulte des plaintes de la population. *M. Berthelot faisait trop bien son service, en se montrant sévère vis-à-vis des nourrices qui s'acquittaient mal du leur.* »

Ces paroles, textuellement reproduites d'après la lettre de M. le sénateur Dufay, se passent de commentaires. Elles montrent tout à la fois, combien est difficile l'administration dans un pays où les sénateurs et les députés deviennent des tyranneaux, esclaves eux-mêmes des volontés exprimées par leurs électeurs, et combien il importe aux médecins de s'unir pour la défense de leurs intérêts.

Dans l'affaire de Verdes, comme dans celle de Montreuil, comme dans toutes celles que nous avons citées, il s'est trouvé un médecin qui, peu soucieux des sentiments de dignité et de solidarité professionnelle, a lutté, d'accord avec les ennemis du corps médical, pour usurper la place d'un de ses confrères. Si les associations et les syndicats s'entendaient pour frapper d'exclusion et pour flétrir les médecins dont la conduite est répréhensible, l'isolement de ceux-ci rendrait bientôt leur situation intolérable. Mais il est rare que l'on ait le courage d'agir de la sorte.

Que reste-t-il donc à faire ? Dans le cas du Dr Berthelot, un recours adressé au Ministre de l'Intérieur aurait, nous le savons, peu de chance d'aboutir.

Pour éviter le retour de semblables dénis de justice, il importe donc que l'on hâte le vote d'une loi qui organise la médecine publique et institue des délégués provinciaux chargés, comme le sont dans l'Université les inspecteurs d'académie, de nommer les médecins investis de fonctions officielles. Alors peut-être parviendrait-on à atténuer les dangers que crée l'influence des politiciens dans les questions où l'honnêteté et la compétence devraient être considérées comme des titres supérieurs à la bassesse et à l'intrigue. L. L.

Assistance médicale gratuite.

Suite (1)

II

J'ai, dans mon précédent article, raconté simplement des faits ; j'essaierai aujourd'hui d'en tirer quelques conclusions si l'on veut bien me permettre de jeter brièvement un regard sur le texte de la loi du 15 juillet 1893.

Passons vite sur les titres I et II dont le premier formule le principe général de l'assistance médicale obligatoire pour et par les communes, principe déjà consacré par la loi de 1838 en matière d'assistance aux aliénés. Il y aurait beaucoup à dire sur ce point si des considérations d'un ordre trop général n'étaient pas de nature à nous éloigner du sujet. Pour le titre II qui définit le domicile de secours, il n'est qu'un complément administratif nécessaire du précédent.

Le titre III qui organise les bureaux d'assistance et leur fonctionnement nous intéresse davantage parce qu'il contient le deuxième principe établi par la loi, celui de la création d'une liste officielle d'indigents, et parce qu'il nous confère, à nous médecins, un rôle qui me paraît assez important dans la confection de cette liste. C'est l'art. 12 qui est le siège de la matière, et il mérite d'être cité textuellement :

« La Commission administrative du bureau d'assistance, dit cet article, sur la convocation de son président, se réunit au moins quatre fois par an. Elle dresse, un mois avant la première session ordinaire du Conseil municipal, *la liste des personnes* qui, ayant dans la commune leur domicile de secours, *doivent être, en cas de maladie, admises à l'assistance médicale*, et elle procède à la revision de cette liste un mois avant chacune des trois autres sessions. »

Je crois avoir suffisamment montré, par l'exemple du syndicat de Chessy, le danger de ces listes anticipées, qui arment ceux qui y sont inscrits d'un droit de créance contre les communes et conduiront ces dernières, si elles n'y prennent garde, à abuser de la ressource des centimes additionnels pour combler des déficits inévitables, ou tout au moins à suspendre par à coups, en tout ou en partie, l'assistance, à soulever ainsi de nombreux mécontentements et à manquer leur but.

La loi l'a bien prévu, ce danger, car elle ordonne de fréquentes revisions de la liste qui doit (art. 13) comprendre *nominativement* tous ceux qui seront ad-

(1) Voir le n° du 22 février.

mis aux secours, lors même qu'ils sont membres d'une même famille.

J'avoue n'avoir qu'une médiocre confiance dans l'efficacité de ces procédés. A Chessy, quand on a vu que les dépenses augmentaient trop, on a fait une revision. Elle a abouti uniquement, comme je le disais, à faire deux groupes d'indigents : des indigents de première classe, avec médicaments, et des indigents de deuxième classe, sans médicaments. Quant à l'inscription nominative des membres de la famille, je n'y ai pas confiance non plus. On m'a fait soigner, avec un certificat du maire se rapportant à un des membres de la famille inscrit nominativement, des cousins éloignés qui venaient s'établir malades chez leurs parents domiciliés dans la commune et même des enfants étrangers placés en nourrice. Quant aux remèdes, rien n'est plus facile à un indigent inscrit que d'aller faire viser chez le maire l'ordonnance d'un ami, comme si elle était pour lui.

On me dira qu'avec une surveillance attentive et un contrôle minutieux on peut parer à ces abus, mais j'ai bien peur qu'il ne faille en arriver un jour à exiger des indigents, non plus seulement l'inscription nominative, mais encore le port d'une carte d'identité avec photographie, comme pour les abonnés des chemins de fer.

Admettons cependant qu'aucun abus ne se produise. Il reste cependant encore un autre danger, plus redoutable celui-là, bien connu des économistes qui l'ont étudié à propos du paupérisme anglais et j'ai été à même de le voir naître.

Au début de ma carrière j'ai eu à soigner des familles dans lesquelles il y avait des enfants de 16 à 18 ans. Ces enfants, indigents naturellement comme leurs parents, ont grandi, se sont établis, se sont mariés et sont venus, huit à neuf ans plus tard, réclamer leurs droits à l'assistance médicale gratuite. Ils n'avaient pas fait fortune, aucun gros lot ne leur était tombé du ciel, leurs parents étaient restés indigents inscrits et eux aussi par conséquent. J'ai pu voir ainsi tendre à se constituer *le droit héréditaire à l'assistance* qui a abouti, en Angleterre, à la création de familles d'assistés, de père en fils, à perpétuité.

Nous allons donc avoir, une fois de plus, à remplir un rôle social utile. Oh ! ce sera un rôle ingrat ; il nous faudra encore être des empêcheurs de danser en rond, comme lorsque nous prêchons contre l'abus de l'alcool. Mais la loi elle-même fait appel à notre concours. « Le médecin de l'assistance, dit encore l'art. 12, ou un délégué des médecins de l'assistance peuvent assister à la séance de la Commission administrative du bureau d'assistance *avec voix consultative.* » Le législateur pressent que nous donnerons des avis utiles et que nous aiderons les bureaux d'assistance à accomplir leur œuvre au mieux des intérêts de tous, assistants et assistés. Je n'ai jamais été consulté par mon syndicat et je crois, sans trop de présomption, pouvoir le regretter pour lui et ses pauvres.

A côté de notre concours actif, nous pourrons venir en aide aux bureaux d'assistance par des moyens d'un ordre plus inférieur, mais peut-être plus efficaces. Les dangers inhérents à la création des listes officielles d'indigents seraient certainement augmentés dans de fortes proportions si les médecins acceptaient des communes un traitement annuel fixe, un abonnement, en un mot. Ce mode de rémunération nuirait bien vite à tout le monde. C'est celui que j'ai pu expérimenter et on a dû le juger par ses résultats. J'ai du reste déjà constaté que nombre de nos confrères y sont hostiles et préféreraient recevoir des honoraires à tant par visite, consultations ou opération. Ce procédé serait excellent. Reste à régler le tarif de ces honoraires.

Pour être conséquent avec tout ce qui vient d'être dit, il faudrait conclure que le meilleur tarif serait le tarif commun. Constatons d'abord que rien dans la loi ne laisse préjuger une réduction. Tout en disant que les communes paieraient dorénavant pour leurs pauvres, le législateur n'a pas dit qu'elles paieraient à prix réduit. Mais nous connaissons trop les hommes et nous nous connaissons trop aussi nous-mêmes, pour ne pas prévoir qu'on nous demandera cette réduction, si même, avec notre générosité habituelle, nous ne courons pas spontanément l'offrir. Alors sera-t-elle de moitié, d'un tiers, d'un quart, d'un dixième sur le tarif commun ? Questions locales à résoudre spécialement dans chaque région. J'ai entendu émettre cette idée ingénieuse de faire une réduction semblable à celle que consentent les boulangers, fournisseurs des bureaux de bienfaisance sur le prix du pain. Quoi qu'il en soit, le principe doit être que cette réduction sera la plus faible possible.

Par quel moyen maintenant serons-nous appelés près des indigents ? Dans mon syndicat de communes, l'indigent allait demander au maire un certificat par lequel le magistrat affirmait l'identité du malade et son inscription sur la liste. Il m'apportait ensuite cette pièce. S'il était malade lui-même, je l'examinais ; s'il s'agissait d'un membre de sa famille qui ne pouvait se transporter à mon cabinet, j'allais chez lui. Pour les soins ultérieurs, j'en jugeais seul. Cela alla bien au début. Mais, après très peu de temps, les indigents prirent l'habitude de venir directement chez moi et n'allèrent plus chez le maire que pour obtenir sur leur ordonnance le visa qui donnait droit aux remèdes gratuits. J'avais eu vite fait leur connaissance à tous ; j'aurais eu mauvaise grâce à leur réclamer chaque fois une réquisition nouvelle qui ne m'eût évité aucun déplacement et aurait simplement pris un caractère vexatoire. Pour les appels de nuit et les cas d'urgence je pus encore moins réclamer cette réquisition. Certes l'obligation d'aller demander aux maires, même la nuit, un billet d'assistance ne serait pas pour me déplaire, si eux seuls étaient en cause. Cela leur ferait faire la connaissance de quelques-uns des agréments de notre profession et les mettrait à même d'apprécier notre zèle et notre dévouement, *cognitâ causâ*. Mais je suis persuadé qu'ils délégueraient bien vite leurs pouvoirs, surtout nocturnes, aux secrétaires de mairie, voire même aux gardes champêtres. Et, puis il faut surtout penser à ceux qui souffrent. Dans bien des cas le refus de partir sans réquisition friserait l'odieux. J'ai bien été appelé la nuit près de gens qui m'attendaient tranquillement au coin de leur feu pour me dire que « ce n'était rien » ou par d'autres, à qui l'alcool donnait des rêves pénibles, qui ne m'auraient certes pas dérangé s'ils avaient dû payer leur visite. Si un membre de la Commission administrative m'avait tenu compagnie dans ces petites promenades, l'agrément de sa conversation m'aurait certainement dédommagé. Mais dans d'autres cas plus sérieux, je n'ai pas eu à regretter d'avoir répondu en hâte au coup de sonnette, sans insister sur les formes.

Ainsi mode de rémunération, tarif, mode de réquisition, que de questions pénibles à soulever, épineuses à débattre, difficiles à trancher, simplement parce que l'art. 12 exige une liste anticipée des indigents.

III

Il y avait pourtant, me semble-t-il, quelque chose de bien simple à faire. Le principe de l'obligation pour les communes de venir au secours des indigents malades, ce principe de solidarité si conforme aux tendances modernes, une fois posé, était-il bien nécessaire de le corroborer par la création d'une liste officielle d'assistés ?

Disons-le hautement tout de suite. Le corps médical n'a pas attendu la loi de 1893 pour assister largement les indigents. Je ne crois pas que jamais un médecin, ni un pharmacien non plus, ait refusé des soins ou des médicaments à un malheureux pour la seule raison que ce malheureux ne pouvait pas le payer. J'ai quelquefois mis à la porte de chez moi des ivrognes ou des insolents qui, armés de leur droit municipal, voulaient « me faire marcher » (c'est le terme consacré), je n'ai pas à me reprocher d'avoir une seule fois repoussé un pauvre et même j'ai ajouté aux listes officielles, pourtant si chargées, pas mal d'indigents de mon crû, des honteux, des pauvres en habit noir, les plus intéressants, sans aucun doute.

Eh bien ! il y avait simplement à nous laisser faire. Nous aurions continué, comme par le passé ; nous au-

rions soigné toutes les misères avec notre cœur et notre conscience. Seulement tous les trois mois, tous les six mois, tous les ans, nous serions allés devant le bureau d'assistance et nous y aurions tenu ce langage : « Nous avons soigné tels ou tels malades qui ne nous ont pas payés ou qui nous paraissent ne pas le pouvoir ; lesquels prenez-vous à votre charge ? Auxquels reconnaissez-vous pour cette seule fois et pour cette maladie passée, le droit à l'assistance communale ? Et le bureau d'assistance eût statué sur chaque cas ; ses décisions n'eussent porté que sur des faits passés, sans rien préjuger pour l'avenir, sans accorder à personne un droit anticipé, tendant, par la force des choses, à devenir consacré pour l'individu et transmissible à ses descendants. Pour ceux auxquels le bureau aurait reconnu le droit à l'assistance, la commune nous aurait payés. Contre les autres, nous aurions conservé les recours de droit commun.

Et j'ose ajouter, car il faut envisager en face les éventualités les plus pénibles, que ce procédé nous aurait mis à l'abri d'une accusation qu'on ne manquera pas de nous jeter, surtout si nous exigeons la rémunération à la visite, de l'accusation d'en forcer le nombre, car, si le bureau jugeait que notre intervention avait été trop large, il aurait la ressource de nous moins payer.

A cela, tout le monde eût trouvé son compte : les indigents, d'abord, qui auraient été soignés comme les riches ; les communes, qui n'auraient payé qu'en connaissane de cause, et nous-mêmes qui, tout en agissant comme autrefois, serions rentrés ainsi dans les créances jadis perdues et, en tout cas, aurions sauvegardé notre dignité et notre indépendance.

Dr Taty.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical des Deux-Sèvres.

11 *novembre* 1895.

Présents : MM. Pillet, *Président*; Largeau, *Vice-président* ; Mayet, *Trésorier* ; Béranger.

Good, Boudard, Duloup, Rabec, Escure, Lenoble, Corbin, Dourif, Martineau (de Coulonges), Puy-le-Blanc, Corneille Saint-Mart, Solon, Verahyon, Lecointre, Verrier, Guinebertière, Marion et les membres du Bureau.

Excusés : MM. Gaillard, Verlet, Héliot, Jaurand, Roulland, Chavrier, Bajoux.

Le Dr Ginëstet de Prahecq, quittant le département, donne sa démission.

Les Drs Moreau, *de Chatillon-sur-Levre*, Verrier, *de Thouars*, Dourille, *de Melle*, sont reçus à l'unanimité comme membres du Syndicat.

Honoraires médico-légaux.

Le Dr Pillet soulève la question des Honoraires des expertises judiciaires. En 1893, après des protestations et une action énergique des confrères de Rodez, la justice sembla vouloir se rendre aux légitimes réclamations des médecins de la France entière et vouloir réviser les tarifs de 1811 : un nouveau tarif fut même imprimé et déposé dans les greffes. Mais depuis 18 mois, les réclamations se multiplient : beaucoup d'états reviennent du ministère modifiés aux dépens du Corps médical, et, chose bizarre, des tarifs inconnus sont parfois appliqués. — On peut citer le fait suivant. Le Dr Quinemant, médecin de l'asile des aliénés, et deux de ses confrères furent requis pour examiner l'état mental d'un accusé. L'examen fut difficile, demanda plusieurs consultations entre ces messieurs, l'observation fut longue : bref, la réquisition est de novembre 1893 et le rapport ne fut déposé qu'en Avril 1894. La chancellerie voulut bien régler les Honoraires dus depuis le 1er janvier 1894, mais non ceux antérieurs. de 1893, chaque exercice devant se régler avant le premier janvier.

En conséquence, le Dr Pillet propose le vœu suivant :

Considérant que les mémoires des médecins requis par les tribunaux, bien que dressés conformément au Tarif revu par le décret du 21 novembre 1893 et au libellé des imprimés fournis par les greffes, sont fréquemment frappés de nullité par la chancellerie qui leur applique des taxes variables, soit celles du Tarif de 1811, soit celles de tarifs inconnus. Le Syndicat des Deux-Sèvres émet le vœu que le bureau de l'Union des Syndicats fasse des démarches près du ministre de la Justice pour qu'il soit établi par la Chancellerie, une Jurisprudence fixe et certaine connue de tous les médecins.

Ce vœu est voté à l'unanimité et il est décidé que le délégué du Syndicat le défendra énergiquement devant l'Union.

— La réunion, s'appuyant sur les principes qui dirigent le Syndicat et qui sont rappelés par le Dr Marion, savoir :

1° Supprimer autant que possible les intermédiaires entre les médecins et les malades.

2° Respecter la liberté que doit avoir tout malade de choisir son médecin,

Vote à l'unanimité et en confirmation des décisions antérieures :

Le Syndicat, s'inspirant du principe de défense qui s'impose aujourd'hui au corps médical de supprimer les intermédiaires entre les médecins et les malades,

Renouvelle son vote du 23 novembre 1893, ainsi conçu :

La somme délivrée par la Compagnie ne servira qu'à payer la constatation simple de la blessure et de la guérison dans la localité du médecin. Les soins et déplacements seront donc à part et à la charge des responsables. Il sera bon, qu'au début de tout traitement, le médecin en avertisse le blessé.

Les médecins titulaires des Compagnies d'assurances contre les accidents et des autres sont inutiles : étant donné que la somme à allouer pour constatations de sinistre et guérison est fixé par le Syndicat à 6 fr. Tout Docteur peut faire les constatations et les examens.

Le Dr Marion signale une Compagnie qui, dans ses contrats d'assurance collective, inscrit que ses blessés doivent, à son ordre, aller à l'hôpital ou sinon déchéance. Le patron (qui contracte la police) y est indifférent et si l'ouvrier victime refuse de quitter sa famille, il peut tout perdre. Est-il admissible que les chirurgiens des hôpitaux fournissent leurs peines, leurs soins, leurs opérations gratuitement à des Compagnies souvent fort riches qui dans l'espèce sont responsables et qui dans tous les cas rétribuent très largement leurs rond-de-cuirs et leurs représentants (des intermédiaires) ?

Un confrère serait désireux de voir résoudre la question suivante : Une Compagnie qui inscrit dans son contrat qu'elle assure les soins médicaux, alors que le contrat avec son médecin porte que celui-ci ne doit constater que l'accident et la guérison peut-elle être appelée en garantie de paiement d'honoraires d'un médecin qui lui est étranger, mais qui a soigné ou opéré un de ses assurés insolvable ?

Délégations.

1° A l'Union des Syndicats. — Dr Good. —

Dr Corbin, suppléant. Le nombre des membres du Syndicat dépassant 50, le délégué disposera de deux voix.

2° A l'Association amicale : Dr Puy-le-Blanc.

Bureau.

Le président annonce qu'il va procéder aux élections pour le renouvellement du bureau. — Il rappelle que, d'après les statuts, le président n'est pas rééligible, mais seulement le vice-président.

Les Drs Marion et Good, en très bons termes, disent comme le Dr Pillet fut un excellent président et combien les syndiqués lui sont reconnaissants d'avoir amené la Compagnie à une si belle prospérité. Ces paroles sont chaleureusement applaudies et à l'unanimité l'honorariat est voté au Dr Pillet. Un banquet sera offert au président sortant.

Elections :

Président : Dr Boudard, de Sauzé-Vaisseaux, 12 voix.

Vice-Président: Dr Largeau, de Niort (sortant), 18 voix.

Secrétaire : Dr Duloup, 20 voix.

Trésorier: Dr Mayet, de Niort (sortant), 20 voix.

Les mêmes syndics sont maintenus dans leurs fonctions, sauf le Dr Boudard, nommé président et qui est remplacé par le Dr Rabec, de Chizé.

Le Président,
Dr Pillet.

REPORTAGE MÉDICAL

Académie de médecine. — L'Académie de médecine, dans son Comité secret, a classé ainsi qu'il suit les candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale :

En première ligne, M. Pozzi ; en deuxième ligne, M. Delorme ; en troisième ligne, M. Richelot ; en quatrième ligne, M. Peyrot ; en cinquième ligne, M. Bouilly, et en sixième ligne, M. Quénu.

M. Pozzi a été élu par 54 voix contre 28 à M. Delorme.

— *La science au Parlement.* — Une proposition de loi de M. Audiffred, député, demande que, sur les deux cinquièmes non employés des fonds abandonnés des caisses d'épargne et provenant des comptes prescrits, il soit prélevé chaque année une somme de 250.000 francs pour recherches expérimentales sur les maladies contagieuses et l'étude des vaccins et sérums. La répartition aura lieu comme suit :

1° 65.000 francs à l'Institut Pasteur et aux laboratoires d'enseignement supérieur de Paris, y compris le Val-de-Grâce et l'Ecole vétérinaire d'Alfort.

2° 125.000 francs aux laboratoires de médecine des Facultés de médecine de Lyon, Bordeaux, Montpellier, Toulouse, Lille et Nancy et des Ecoles vétérinaires de Lyon et de Toulouse.

3° 60.000 francs aux cliniques, aux laboratoires de thérapeutique, de pharmacologie et de chimie médicale des Facultés de médecine et Ecoles de pharmacie.

— *A propos du conflit de Montreuil.* — Dans une lettre qu'il adresse au Directeur de la *Gazette hebdomadaire*, M. Demmler, médecin principal de l'armée en retraite et membre du Syndicat de la Seine, écrit ce qui suit :

« ..... Et tout d'abord, pour bien préciser la question, je veux affirmer nettement ma manière de « voir au sujet de ce conflit, et déclarer qu'à mon « avis, en présence des inqualifiables procédés de « M. le maire envers nos confrères, en présence des « lettres peu courtoises et des expressions malsonnantes qu'il employait à leur égard, M. Bourot, « quels que fussent ses engagements antérieurs « aurait dû refuser ses services, et prouver ainsi « que, dans l'exercice de notre profession, la con- « fiance, le respect, l'estime de ceux auxquels nous « donnons sans marchander notre temps, notre re- « pos et si souvent notre santé, sont le premier « salaire que nous soyons en droit de réclamer « d'eux..... »

Sans commentaires.

(*Bulletin du syndicat de la Seine*).

— *La lutte contre l'alcoolisme au quartier latin.* — Dans une réunion tenue le 9 février sous la présidence du Dr Legrain (de Ville-Evrard), les étudiants de la Faculté de Paris ont accueilli par leurs applaudissements la lecture d'une adresse des étudiants suisses les invitant à prendre la tête du mouvement qui se dessine contre l'alcoolisme. Une société antialcoolique, branche de la société générale contre l'abus des spiritueux, s'est immédiatement constituée sous la présidence de M. le Dr Legrain.

— *Une Faculté mixte de médecine et pharmacie à Nantes.* — Un professeur de l'Ecole de Nantes vient de publier sur ce sujet un Mémoire dont nous reproduisons les conclusions :

1° Cette création donnera à l'enseignement médical de Nantes un caractère de stabilité qui lui permettra de se développer pour le plus grand bien des élèves, des professeurs et de la science elle-même que la nouvelle Faculté contribuera à faire progresser ;

2° Elle est la juste récompense des efforts et des sacrifices faits de tout temps et depuis vingt ans surtout par notre ville et le département de la Loire-Inférieure pour développer l'enseignement médical à Nantes ;

3° Elle assure à toute la région de l'Ouest une pépinière de bons médecins ;

4° Elle complète, sans la compromettre en quoi que ce soit, l'Université bretonne dont elle sera bientôt la Faculté la plus prospère ;

5° Elle dote l'Ouest d'un établissement scientifique dont cette région de la France est totalement privée, tandis que les autres en sont abondamment pourvues ;

6° Elle ne grève en rien le budget national, puisque la Ville et le Département font tous les frais de cette création ;

7° Enfin, nous revenons encore sur ce point, elle est envers la Ville de Nantes et le Département de la Loire-Inférieure une œuvre de justice et, dans une certaine mesure, de réparation méritée.

Il y a là une idée de décentralisation que l'encombrement de la Faculté de Paris rend intéressante. C'est à ce titre que nous la soumettons à nos lecteurs.

— Notre éminent confrère de Montpellier, le Dr *J. Grasset*, vient de faire paraître chez G. Masson, éditeur, 120, boul. Saint-Germain, la 3e édition de ses **Consultations médicales** sur quelques maladies fréquentes et les a fait suivre d'un recueil de principes de Déontologie médicale, dont nous ne saurions trop recommander la lecture à nos confrères. — Prix : 4 francs.

— *Vaccination interdite aux sages-femmes belges.* — A la suite d'une campagne des Syndicats médicaux belges, les sages-femmes viennent de se voir interdire la pratique de la vaccination dans ce pays.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4.072. — M. le docteur Daguillon, de Pontvallain (Sarthe), membre de l'Association médicale de la Sarthe.

N° 4.073. — M. le docteur Brunet, de Roussès (Jura), présenté par M. le docteur Poirson, de Morez (Jura).

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 10 7 Mars 1896

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le Médecin et le bien des pauvres.

Nous nous empressons de détacher le passage suivant d'une circulaire, que M. Léon Bourgeois, président du conseil, ministre de l'Intérieur, vient d'adresser à tous les Préfets, à l'occasion du renouvellement des commissions administratives des hospices et des bureaux de bienfaisance :

« Vous avez en main un moyen d'action très efficace, et peut être moins lent qu'il ne semble d'abord, de diriger les services d'assistance dans les voies conformes aux vues du Gouvernement. Tous les ans, vous avez à nommer un membre de chacune des Commissions administratives en exercice. Je ne saurais trop vous recommander d'apporter à cette nomination un soin extrême, en ayant présentes à l'esprit les instructions ci-dessus. Soit que vous mainteniez en fonctions le commissaire sortant, soit que vous lui donniez un successeur, vous devrez vous être préalablement assuré que vous aurez, désormais, dans la Commission, un représentant résolu à défendre les idées de progrès scientifique et de solidarité, qui sont la raison d'être du gouvernement républicain. Il est possible que le même homme, qui avait jusque-là rempli ses fonctions avec quelque mollesse, instruit par vous, renommé par vous, aux conditions que je viens de dire, devienne, dans la Commission administrative, votre auxiliaire dévoué, et parvienne à convaincre ses collègues comme vous l'aurez convaincu. Mais si vous ne pouvez avoir raisonnablement cette espérance, vous ne devez pas hésiter à remplacer l'administrateur sortant par un homme nouveau, qui vous inspire, au point de vue qui nous occupe, une confiance entière, et dont l'énergie à la fois et la sagesse vous soient garants qu'il saura vouloir et, pour autant qu'il dépendra de lui, réaliser les réformes nécessaires.»

Voilà ce qui s'appelle parler.

Mais quelles seront les conséquences de ce langage ?

Si l'on a seulement voulu montrer qu'on est le *ministère des bonnes intentions*, la circulaire suffit : elle prendra sa place au Bulletin officiel et enrichira les archives administratives. Et MM. les Préfets continueront à choisir, pour membre des susdites commissions, un des négociants fournisseurs au besoin de l'établissement, dont les noms lui auront été présentés par le Maire et dont ils ignoreront pleinement la compétence, ou plutôt l'incompétence notoire. C'est tout au plus, s'ils feront, pour s'éclairer, un simulacre d'enquête.

Que si, au contraire, le Gouvernement veut obtenir, en fait, le résultat indiqué, nous affirmons qu'il n'a pas assez mis les points sur les I. Et si nous avions eu, ce qu'à Dieu ne plaise, l'honneur de tenir la plume ministérielle ; nous eussions précisé de la façon suivante, en disant :

« L'expérience a prouvé que les médecins ont une connaissance plus approfondie des besoins du pauvre que tous les autres citoyens ; que les règles de l'hygiène publique et hospitalière et les desiderata de l'assistance due au malade indigent, sont de leur compétence spéciale ; que les hospices les mieux appropriés aux exigences de la santé publique sont ceux à la gestion desquels ils prennent une part exceptionnelle ; que dans les fonctions, qui leur sont confiées, les médecins se font remarquer entre tous, par leur tact et leur désintéressement, et que c'est les soumettre à une suspicion injurieuse et injuste que de leur interdire le domaine où ils montrent des aptitudes supérieures ; qu'enfin leurs qualités administratives les placent au premier rang dans l'estime des populations, au jour des manifestations électorales.

« C'est pourquoi nous estimons qu'il y a lieu de sauter à pieds joints par-dessus les rengaines et arguties qui écartent les médecins des commissions administratives, *parce qu'ils reçoivent d'elles des indemnités, d'une insuffisance d'ailleurs ridicule aux yeux de tous.*

« Et nous vous invitons à choisir d'abord parmi eux, en leur adjoignant ensuite des hommes instruits, accessibles aux idées de progrès, d'humanité, de bienfaisance, plutôt que des citoyens inféodés aux principes de la routine, de la thésaurisation à outrance, ou de la lutte sociale, sur le dos du pauvre. »

Cette façon de dicter leur conduite à MM. les Préfets eût été beaucoup plus claire, et le but recherché serait atteint en quelques mois.

Qui veut la fin, veut les moyens.

Qu'en pensent nos trois confrères ministres ?

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les nouvelles méthodes de traitement de l'hypertrophie de la prostate.

On s'occupe beaucoup depuis quelques années des traitements applicables à l'hypertrophie de la prostate. Après la castration totale, on a essayé la prostatectomie, puis la castration unilatérale ; les résultats n'ont pas toujours répondu aux espérances que l'on fondait sur telle ou telle méthode. Aussi a-t-on fait d'autres tentatives : le Dr *Englisch* a communiqué récemment à la Société impériale des médecins de Vienne, les succès obtenus par un nouveau genre d'intervention, la section définitive des canaux déférents. Le *Bulletin médical* résume ainsi cette intéressante communication :

En cas d'anomalie du canal déférent, on a maintes fois constaté l'absence ou l'atrophie du lobe prostatique correspondant. La double ligature de ce canal, sans agir sur les testicules, entraîne l'atrophie de la prostate absolument comme la castration double. La ligature de l'artère spermatique et des nerfs du cordon, est également sans action sur les testicules.

M. Englisch a sectionné au thermocautère les canaux déférents d'un homme de soixante sept ans, qui avait de la rétention des urines : le résultat fut tel que cet homme, neuf jours après, pouvait uriner spontanément et vidait complètement sa vessie, et au bout de quatre semaines tous les troubles avaient disparu. Au bout de quinze jours, le volume de la prostate avait notablement diminué, mais cette diminution de volume ne dépassa pas un certain degré.

Dans la section du canal déférent, il faut veiller à ce qu'il ne se fasse pas une réunion des bouts sectionnés : l'opération faite au thermocautère permet de n'avoir pas à redouter cet inconvénient. On peut obtenir le même résultat par la double ligature dans un pli de la peau. La simple ligature ou la torsion ne peuvent pas remplacer la castration, au point de vue de son action sur la prostate.

Si l'on résume les cent deux observations d'opérations faites pour hypertrophie de la prostate, on voit que dans quarante-trois cas on a obtenu une diminution de volume de la prostate et une disparition des troubles qu'elle occasionnait ; dans cinquante-sept cas, il n'y a pas eu diminution de volume, mais seulement amélioration des troubles de la miction. Un jugement définitif ne pourra être porté que quand l'observation aura été plus prolongée. Dorénavant l'attention sera plus attirée que par le passé sur l'évolution de l'organe. Cependant, on peut dire que les opérations susdites sont appelées à rendre de grands services dans le cas d'hypertrophie de la prostate.

M. Englisch a terminé cette communication par quelques mots au sujet du traitement de l'hypertrophie prostatique, par l'ingestion de prostate conseillée par M. Reinert. Dans quatre observations de ce genre, à la suite de cette alimentation, on a vu les besoins nocturnes d'uriner diminuer de fréquence et les urines devenir plus claires ; dans un cas on constata une diminution de l'albuminurie et une bien plus grande facilité dans l'émission des urines. Deux fois, on vit, sous cette influence, se faire une diminution du volume de la prostate. Ce sont là des résultats encourageants, mais non encore probants, pour cette application de l'organothérapie. La prostate a été administrée sous forme d'extrait et de tablettes, à la dose de six tablettes par jour pendant dix semaines.

De la supériorité du silico-fluorure de mercure sur le sublimé comme antiseptique.

MM. *Hallion, Lefranc et Poupinel* ont pratiqué des expériences bactériologiques sur les bacilles pyocyanique, charbonneux et diphtérique, avec du bouillon et du sérum comme milieux de culture. D'après la *Revue médicale*, ils sont arrivés aux conclusions suivantes.

Le silico-fluorure mercurique est doué d'un pouvoir antiseptique très notablement supérieur à celui du sublimé corrosif. Si l'on exprime par 1 le pouvoir antiseptique du sublimé, celui du silico-fluorure de mercure est égal à 2.

Le silico-fluorure mercurique paraît être dès lors le plus puissant des antiseptiques actuellement connus.

Ce sel est, d'autre part, à en juger par des expériences sur le lapin et le cobaye, plutôt moins toxique que le sublimé.

Des essais variés et nombreux que l'un des auteurs a poursuivis à l'hôpital Bichat, ont démontré que le silico-fluorure mercurique employé en solution à 1 pour 1000 et en pommade à la vaseline à 1 pour 2000 exerçait sur les plaies opératoires, sur les abcès chauds et froids, sur l'eczéma, etc., une influence des plus remarquables et des plus rapides, sans présenter aucun inconvénient appréciable.

Traitement de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone.

M. N. *Gréhant* a fait respirer à un chien un mélange contenant 1 litre d'oxyde de carbone et 9 litres d'air pour démontrer la rapidité de l'empoisonnement. Une minute après le début de l'expérience, 100 c. c. de sang artériel contenaient 6 c. c. d'oxygène et 22 c. c. 4 d'oxyde de carbone. La respiration était arrêtée, l'animal était mourant.

Il a employé aussitôt trois moyens :

1° La respiration artificielle par compression du thorax, pour chasser des poumons le gaz toxique qu'ils renfermaient ;

2° Le procédé si apprécié des tractions rythmées de la langue du Dr Laborde ;

3° Il a insufflé de l'oxygène, d'une manière intermittente, dans la gueule de l'animal.

Au bout de quelques instants, les mouvements respiratoires spontanés ont eu lieu ; l'animal

d'abord titubant paraissait revenu à l'état normal au bout de quelques minutes.

Traitement du hoquet par les tractions rhythmées de la langue.

M. *Lépine* a communiqué à la Société médicale des Hôpitaux, une intéressante observation de guérison du hoquet par les tractions rhythmées de la langue.

Il s'agissait d'un hoquet persistant depuis trois jours, chez une jeune fille non hystérique, et caractérisé par environ trente secousses par minute; la guérison a été obtenue par la projection spontanée de la langue. L'affection paraissait sous la dépendance d'une maladie de l'estomac ; ayant remarqué qu'en examinant la langue de la malade, le hoquet cessait, tant que la langue était tirée en dehors, on conseilla à la patiente d'exécuter pendant un certain temps d'une façon rythmique ces mouvements de projection en avant de l'organe. La guérison fut complète et rapide. Il s'agit là d'une action réflexe prenant son origine dans l'excitation mécanique de la base de la langue actionnant le centre respiratoire bulbaire, siège du trouble fonctionnel.

L'antipyrine contre la chorée de Sydenham.

M. le D[r] *Ch. Hubrecht* a consacré sa thèse inaugurale à l'étude du traitement de la chorée de Sydenham par l'antipyrine.

Pour lui, l'antipyrine a une action évidente dans tous les cas de chorée de Sydenham bien caractérisée.

Elle peut être opposée à toutes les modalités de cette maladie. Prescrite dans les chorées intenses, elle en diminue rapidement l'intensité et les transforme de la sorte en chorées légères ; ces chorées ainsi transformées ne tardent pas à être jugées définitivement en un temps assez court et, dans la plupart des cas, manifestement inférieur à la moyenne obtenue avec la plupart des autres médications.

Dans les chorées légères d'emblée, son efficacité est parfois très manifeste, malgré bien des avis opposés.

Pour obtenir des effets favorables, il faut employer des doses fortes. La dose minima est de 3 gr. ; cette dose suffit souvent dans les cas légers. Dans les cas intenses et graves il faut monter rapidement à 4 et 5 grammes chez les enfants de six à huit ans, à 5 et 6 grammes à partir de huit ans.

Les formules à employer sont les suivantes :

Antipyrine..............	10 grammes
Sirop simple............	190 —
Alcoolat de menthe......	1 —

Ou bien :

Antipyrine	10 grammes
Extrait de réglisse......	} àâ 15 —
Glycérine...............	
Eau distillée, q. s. pour 150 cent. cubes.	

Chaque cuillerée à bouche de ces deux potions renferme un gramme de médicament. L'extrait de réglisse masque très bien le goût amer de l'antipyrine.

Il est des cas où il faut donner l'antipyrine avec plus de circonspection ; c'est lorsqu'une maladie infectieuse antérieure a pu toucher les reins; il ne faut jamais oublier, dans ces cas-là, de rechercher la présence de l'antipyrine dans les urines au moyen du perchlorure de fer, afin de juger la perméabilité rénale.

Il est bon de diminuer, peu à peu, les doses, quand les mouvements sont à leur déclin, ou bien d'administrer le médicament à doses peu élevées après la guérison, afin d'éviter une recrudescence, toujours possible, de la maladie par suite de la cessation brusque du médicament.

L'antipyrine doit toujours être donnée par la voie buccale et en potion ; les cachets ne peuvent être ordonnés qu'à un âge assez avancé.

Elle est bien supportée par les enfants, même à haute dose. Le pourcentage des accidents est infime ; on observe, à la suite de cette médication, quelques rares troubles digestifs, quelquefois l'apparition d'un exanthème sans importance, de temps à autre un accident un peu sérieux, mais jamais très grave.

L'élimination de l'antipyrine est très rapide : elle commence dix minutes après l'ingestion ; elle peut être complète en douze heures.

Emploi local du gaïacol pour l'application des pointes de feu.

A la Société médicale des hôpitaux, *M. Ferrand* a lu uu rapport sur un mémoire de *M. Pize* (de Montélimart) sur l'emploi local du gaïacol en vue de permettre l'application sans douleur des pointes de feu. M. Pize applique sur la région pendant dix minutes une compresse légèrement imbibée de 1 à 3 grammes de gaïacol, et recouverte de toile gommée. L'insensibilisation ainsi obtenue serait suffisante pour supprimer la douleur de la brûlure, même dans les heures qui suivent. Les essais auxquels s'est livré M. Ferrand confirment ces assertions.

L'intervention chirurgicale dans les fractures récentes.

Grâce aux immenses progrès qu'a fait faire l'antisepsie à la chirurgie, l'audace opératoire ne connaît plus guère de bornes. Aujourd'hui on traite les fractures directement par la suture, ou du moins on peut appliquer ce traitement dans les conditions suivantes indiquées par M. le D[r] *G. Petit :*

I. — Chaque fois qu'une fracture ne pourra être réduite.

II. — Quand la réduction ne pourra être maintenue.

III. — Dans toutes les fractures avec issue des fragments.

IV. — Dans les fractures avec déplacement considérable.

V. — Dans les cas de fractures comminutives et multiples.

VI. — Dans toutes les fractures ouvertes.

La suture au fil métallique est la meilleure et le fil d'argent est celui qu'il faut préférer.

Si la suture est insuffisante, il faut y joindre le cerclage ou la ligature, en combinant les deux procédés.

L'enlèvement des esquilles et le nettoyage de la cavité sont d'une importance capitale. Il faut faire de grands lavages de la cavité à la solution de sublimé chaude, et prendre soin de relever une collerette de périoste, que l'on rabat ensuite par une suture à la soie.

Il n'y a que la vieillesse et la cachexie qui semblent devoir rester des contre-indications formelles à l'intervention.

MÉDECINE PRATIQUE

Les tumeurs adénoïdes.

Dans une thèse toute récente, Mme *Magnus*, docteur en médecine de la Faculté de Paris, vient de résumer avec beaucoup de netteté et de science la difficile question des tumeurs adénoïdes et de leur traitement. Nous nous proposons d'en donner aujourd'hui une analyse aussi précise que possible dans le but de rendre service à nos lecteurs de province, qui ont souvent l'occasion de rencontrer ces affections et qui désirent être fixés sur le meilleur traitement à appliquer en pareil cas.

I

ÉTUDE CLINIQUE.

De l'aveu de tous les auteurs impartiaux, c'est à *M. Meyer*, de Copenhague, que revient l'honneur d'avoir décrit complètement les tumeurs et végétations adénoïdes. Le siège de l'affection est habituellement la glande de Luschka ; mais souvent aussi, les amygdales de l'anneau de Waldeyer sont envahies par l'infiltration lymphatique, qui les hypertrophie.

L'amygdale pharyngée ou glande de Luschka joue certainement un rôle prépondérant dans la production des tumeurs adénoïdes.

Peut-être faut-il en voir la raison dans sa situation anatomique.

Elle est en effet en contact presque immédiat par l'intermédiaire du pharynx avec la muqueuse buccale et la muqueuse qui tapisse les choanes, d'où la facilité avec laquelle elle peut être atteinte par les différents processus morbides, alors qu'elle n'a pour se garantir ni les nettoyages que comporte la toilette de la bouche, ni même l'acte simple de la déglutition suffisants pour protéger parfois les amygdales palatines.

Nous aurons en vue surtout les troubles qui ressortent de l'hypertrophie de la glande de Luschka dont l'importance, méconnue dans les anciennes descriptions classiques, n'est attribuable qu'à l'ignorance dans laquelle on était alors de la pathologie des amygdales accessoires.

L'étiologie de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée est encore des plus obscures. On sait que cette glande est plus développée chez les enfants et qu'elle tend à diminuer quand la croissance est terminée, analogue en cela aux organes qui ont pour fonction la sécrétion des corpuscules lymphatiques. En effet, c'est en moyenne de 5 à 12 ans que l'on rencontre le plus souvent l'hypertrophie pharyngée. Mais elle peut même s'observer parfois chez les nouveau-nés à qui elle cause un grave préjudice par l'obstacle qu'elle apporte à la succion normale.

L'accroissement de la glande jusqu'à 12 ans est proportionnel à celui de la cavité. Dans ce laps de temps se développe le tissu adénoïde qui s'étend jusqu'à la muqueuse du pavillon et constitue l'amygdale tubaire de Gerlach.

Pour expliquer le processus des complications pathologiques qui se produisent dans cette période de développement de la glande, nous avons non seulement la formation du tissu adénoïde et l'exiguïté du diamètre vertical de l'orifice postérieur des fosses nasales, mais encore les rapports immédiats du voisinage de ces orifices avec l'amygdale qui ont la plus grande importance au point de vue pathologique et clinique.

On peut observer aussi des tumeurs adénoïdes après l'âge de la puberté. M. Ruault en a observé à 47 ans et à 63 ans. Cuvillier, dans sa thèse, donne 4 observations d'individus âgés de 34 ans, 45 ans, 60 ans et 65 ans.

Il ne faut pas accorder une trop grande importance aux conditions climatériques ; les pays froids et humides ne paraissent guère avoir plus d'influence que les conditions sociales elles-mêmes. L'hérédité n'a pas non plus grande importance pour certains auteurs ; cependant M. *Balme* prétend que les ascendants transmettent à leurs rejetons non pas tant une prédisposition aux hypertrophies lymphoïdes qu'une conformation osseuse du pharynx et des fosses nasales, capable de favoriser le développement des végétations. Certaines atrésies des cavités de la face semblent relever directement des malformations crâniennes héréditaires consistant dans l'infériorité du diamètre transversal de la base du crâne.

Les différents symptômes par lesquels se révèlent les tumeurs adénoïdes sont très importantes à étudier à cause des troubles nombreux qui retentissent plus ou moins sur les diverses fonctions de l'économie.

Ces symptômes, qui étaient autrefois mis uniquement sur le compte de l'hypertrophie des amygdales palatines, forment maintenant, depuis le mémoire de M. Meyer, de Copenhague (1868), un tableau clinique caractéristique.

On sait aussi que la cause véritable des différents troubles qui provoquent cet état morbide siège dans le naso-pharynx.

Les signes qui mettent en éveil tout d'abord l'attention des parents sont caractérisés par des troubles fonctionnels qui se manifestent surtout par le gêne de la respiration nasale. Cette gêne, pendant le jour, peut passer inaperçue. Elle devient appréciable et se traduit par une sorte d'oppression quand l'enfant fait des efforts, court ou monte un escalier.

Cependant, il a presque toujours la lèvre supérieure épaisse, la bouche bée, ce qui contribue à lui donner cet air niais, que tous les auteurs ont décrit.

Mais c'est la nuit surtout, que les troubles de la respiration présentent des caractères spéciaux.

Tous les parents sont unanimes à raconter qu'à peine endormi leur enfant se met à ronfler d'une façon parfois très bruyante. Ce ronflement est d'autant plus marqué, que le décubitus est dorsal.

L'explication de ce phénomène est des plus simples : l'air, en passant par la bouche, pénètre entre le voile du palais et la base de la langue ; par suite de la présence des végétations adénoïdes qui remplissent le cavum, le voile du palais se trouve privé de sa tonicité musculaire, il est flasque et vibre pendant l'inspiration.

Toujours par suite de l'obstacle, l'air n'arrive plus en quantité suffisante aux alvéoles pulmonaires. Le sang se charge alors d'un excès d'acide carbonique qui se manifeste par une ébauche d'asphyxie.

L'enfant ne tarde pas à se réveiller en sursaut en proie à une vive agitation. La figure, trempée de sueurs, se cyanose légèrement, le petit

malade se dresse sur son séant, fait quelques larges respirations buccales, les traits reprennent bientôt leur calme, le sommeil continue pour s'accompagner de nouveau de ronflement et s'interrompre encore dans une pareille crise, à un intervalle plus ou moins éloigné. Il en résulte une nuit fractionnée par une suite de sommeil interrompu et pénible.

Fitzpatrick fait remarquer qu'instinctivement beaucoup de ces petits malades prennent l'habitude de dormir sur le ventre.

Souvent ces symptômes sont mis par les parents sur le compte des cauchemars, de l'asthme bronchique ou même de la croissance.

La *phonation* et la *prononciation* sont très notablement altérées. La voix des adénoïdiens est terne et morte ; elle se fatigue quand le débit se force, d'où l'impossibilité de lire ou de parler en public, sans éprouver de la lassitude ou de l'enrouement. Les résonnateurs naso-pharyngiens étant obstrués, le timbre de la voix prend un caractère nasal ; les enfants parlent du nez, Les voyelles nasales *an*, *en*, *in*, *on*, *un* perdent leur *n*. L'enfant dit *mama* au lieu de *maman*. Le chant est encore plus atteint que la voix : les sons demeurent couverts, voilés, peu étendus. L'odorat est diminué et les sensations très obtuses. Il en est de même du goût.

Les symptômes auriculaires chez les adénoïdiens, en même temps qu'ils sont plus fréquents, sont de beaucoup plus importants.

Ces symptômes peuvent même être les seuls qui mettent sur la trace de la maladie.

Il est facile de comprendre qu'un obstacle qui encombre et évolue dans l'arrière-cavité des fosses nasales, où vient aboutir l'orifice des deux trompes, soit de nature à gêner le fonctionnement de l'audition.

La physiologie enseigne qu'à chaque mouvement de déglutition l'extrémité pharyngée des trompes s'ouvre de telle sorte que l'oreille moyenne reçoit l'air contenu dans le naso-pharynx et qui est destiné à maintenir, en dedans comme en dehors du tympan, une pression atmosphérique uniforme.

Si l'extension des tumeurs adénoïdes vient compromettre le libre fonctionnement des orifices tubaires, l'équilibre de tension n'existe plus et l'on assiste alors aux troubles classiques de l'oblitération des trompes, sans parler des autres phénomènes d'ordre inflammatoire de beaucoup plus graves et que nous aurons l'occasion d'étudier d'une façon toute particulière.

De ces lésions et obstacles, il résulte de la surdité, des bourdonnements d'oreilles, tous symptômes susceptibles de passer par des alternatives d'amélioration et d'exacerbation sous l'influence d'un traitement approprié.

Il existe d'autres symptômes de nature réflexe qui relèvent probablement de la tare héréditaire commune à l'hypertrophie pharyngée et de l'insuffisance respiratoire résultant de l'obstruction nasale. — Ce sont : une toux quinteuse rebelle, nocturne, puis, des accès fréquents de céphalée frontale, des crises épileptiformes, des convulsions graves, enfin une aprosexie ou engourdissement de l'intelligence, qui peut disparaître après l'opération des végétations.

Il est un ensemble de signes par lesquels se révèle la présence dans le naso-pharynx des tumeurs adénoïdes et qui en sont, pour ainsi dire, comme le reflet. C'est la physionomie de l'enfant, le *facies adénoïdien*.

Le visage est pâle, la bouche entr'ouverte, la lèvre supérieure épaisse, courte, ne recouvrant pas les incisives du haut.

Le maxillaire supérieur paraît atrophié et les pommettes aplaties.

Il est facile de se rendre compte de cet affaissement quand on examine l'enfant de profil.

On voit alors le maxillaire inférieur débordant notablement le supérieur, ce qui donne au petit malade un peu de la conformation du bull dog. Les angles maxillaires sont saillants et rejetés en dehors, de sorte que le diamètre transversal de la face paraît en bas, très exagéré. Les dents, souvent crénelées, ne pouvant pas se placer normalement sur l'arcade dentaire amoindrie, se disposent obliquement et irrégulièrement, ce qui fait dire que le sujet est affecté d'ataxie dentaire. Ce dernier signe a été signalé par David.

Le nez semble avoir subi un arrêt de développement, diminué dans tous ses diamètres. La racine du nez est épaissie, œdémateuse, et présentant une limitation particulière qui consiste en un repli cutané courbe à concavité tournée vers le globe oculaire.

Les ailes du nez et le front sont sillonnés par des veinules bleuâtres. Les yeux paraissent être à fleur de la tête, les plis naso-géniens tendant à s'effacer, ainsi que les plis naso-malaires.

A lui tout seul, ce facies ne saurait suffire à faire le diagnostic, car beaucoup d'enfants peuvent avoir ce facies et ne pas posséder de tumeurs adénoïdes ; et en revanche, certains adénoïdiens n'ont pas de facies spécial. Très fréquemment les adénoïdiens ont une déviation assez prononcée de la cloison du nez qui contribue à atrophier les sinus frontaux, sphénoïdaux, et ethmoïdaux.

Tous ces obstacles accumulés à l'entrée des voies respiratoires compromettent singulièrement le développement de ces organes respiratoires, et surtout de la cage thoracique. « Les côtes, qui forment la partie moyenne des parois thoraciques, sont plus ou moins déprimées ou enfoncées, de sorte que ces arcs osseux présentent une incurvation en sens opposé à leur courbure naturelle, et le maximum de cette incurvation répond à peu près au milieu de la longueur de ces os. La partie supérieure de la poitrine, le plus ordinairement, ne participe en rien à cette déformation. Elle garde, au contraire, sa forme normale, et, si elle semble plus bombée, si les côtes paraissent plus saillantes, plus courbées en dehors, c'est, dans la plupart des cas, un simple effet de contraste, entre la *courbure naturelle* des côtes supérieures, et la *dépression morbide* des côtes moyennes.

La disposition du sternum est en parfaite concordance avec celle des parois costales. Fortement enfoncé vers la réunion de son tiers supérieur avec son tiers moyen, il conserve à peu près sa forme normale dans le reste de son étendue. Cependant l'incurvation de sa portion inférieure fait paraître, par effet de contraste également, sa partie supérieure beaucoup plus saillante que d'ordinaire.

M. Redard a signalé la fréquence de la *scoliose* presque toujours asymétrique, dans l'hypertrophie de la glande de Luschka.

Nous allons dire maintenant quelques mots

de l'exploration physique des tumeurs adénoïdes.

Et d'abord, à l'INSPECTION de la bouche, on constate parfois l'existence d'une ogive palatine ou d'un refoulement en avant, du voile du palais. Les amygdales linguales, situées en arrière du V lingual, sont hypertrophiées. La face postérieure du pharynx présente des granulations épaisses, d'un rose grisâtre, qui sont des ilôts adénoïdes.

« Mais le moyen d'investigation qui est le plus sûr, comme le plus important, c'est le toucher pharyngien.

« Pour notre compte, laissant de côté les procédés qui consistent à entourer la base de l'index explorateur d'un manchon de caoutchouc (Lennox Browne) ou de doigtier métallique qui gêne la souplesse, et rejetant l'anesthésie pour cette simple exploration, voici comment nous croyons qu'il est préférable de procéder :

« Si le malade est petit, il reste debout ; s'il est un peu grand, il vaut mieux le faire asseoir. Dans les deux cas, un homme maintient ses deux mains. Le chirurgien, placé à la droite de l'enfant, replie son bras gauche autour du cou de ce dernier pour maintenir fixement la tête contre sa poitrine.

« La tête étant pour ainsi dire suspendue au tronc du chirurgien de façon à empêcher l'enfant de s'affaisser brusquement, on lui demande d'ouvrir la bouche aussi largement que possible et immédiatement on refoule avec l'index gauche la joue gauche de l'enfant en dedans et en arrière, dans l'écartement des deux arcades dentaires. L'enfant, sentant qu'il mordrait sa joue, laisse généralement sa bouche entr'ouverte. Si l'enfant est déjà grand et indocile, le chirurgien fera bien d'insinuer l'index et le médius entre les arcades dentaires en refoulant la joue, afin d'assurer un écartement plus grand des deux mâchoires.

« Toute cette exploration doit être faite sans brutalité, de façon à ne pas faire sauter quelques dents de lait déjà branlantes.

« La tête de l'enfant ainsi immobilisée et ses mâchoires écartées, on fait pencher la tête en avant de façon à ce que le voile du palais s'éloigne de la paroi postérieure du pharynx et que le doigt pénètre plus facilement dans le cavum.

« Quelquefois cette pénétration n'est pas des plus aisée, car le bord postérieur du voile reste souvent appliqué sur la paroi du pharynx. Il suffit alors d'appliquer la pulpe de l'index contre le pharynx et de remonter jusqu'au bord libre du voile en l'abordant par une de ses parties latérales.

« Une fois dans le cavum, l'index explorera le plus rapidement possible, car la position n'est pas longtemps tenable pour le patient.

« Il reconnaîtra s'il existe des adénoïdes ; si elles sont à la voûte ou sur la paroi postérieure du naso-pharynx, si elles sont molles ou dures, médianes ou latérales.

« Après ces différents renseignements obtenus, il faut retirer rapidement le doigt. Celui-ci revient parfois chargé d'un peu de sang ; ce n'est pas là un signe certain de l'existence de végétations adénoïdes. Cependant un toucher délicat dans un cavum sain ne doit pas faire saigner. Plus rarement le doigt ramène sous l'ongle une petite parcelle de la tumeur, mais plus fréquemment on trouve sous l'ongle une petite quantité d'une masse glaireuse tout à fait caractéristique, qui n'est autre chose qu'un peu de mucosités adhérentes entre les lobes de la tumeur adénoïdienne.

« Presque toujours, quand les végétations existent, l'enfant rend un peu de sang par le nez ou mouche du sang. Il est bon d'avertir les parents de ce phénomène de façon à les rassurer.

« Tel est le toucher pharyngien, qui est, pour ainsi dire, le procédé de diagnostic sans appel. »

On peut chez les enfants dociles, au-dessus de 12 ans, terminer cet examen par la rhinoscopie antérieure et postérieure. La première montre une hypertrophie des cornets inférieurs. La seconde permet de voir tantôt une tumeur sessile, constituée par un épaississement en masse de l'amygdale de Luschka, comblant plus ou moins le cavum, et masquant en partie les choanes ; tantôt, la muqueuse sera rougeâtre, épaisse, fongueuse, couverte de mucosités puriformes ; tantôt, ce sera de petites masses appendues à la voûte du pharynx en forme de stalactites, ayant la grosseur de lentilles ou de cerises.

La disposition est susceptible de présenter les aspects les plus variables ; c'est ainsi que la néoplasie pourra n'être représentée que par quelques lobules aberrants, pouvant se grouper et masquer les orifices de la trompe d'Eustache.

D'une façon générale, nous pouvons dire avec MM. Castex et Malherbe qu'au point de vue clinique, les tumeurs adénoïdes peuvent rentrer dans deux grandes classes :

1° Celles qui évoluent en présentant surtout des troubles mécaniques (respiration, phonation et prononciation) ; ces tumeurs sont, en général, circonscrites, médianes ; elles présentent aussi des troubles nerveux : laryngite striduleuse, spasmes glottiques, surtout quand elles subissent une poussée d'adénoïdites ; 2° Celles qui sont la cause de troubles sensoriels dès le début et qui intéressent au premier chef le sens de l'audition ; ces tumeurs, généralement diffuses, sont autant latérales que médianes et se révèlent de très bonne heure par un écoulement d'oreille ou par des troubles sensoriels du goût et de l'odorat ».

Nous ne ferons que signaler comme complication des tumeurs adénoïdes : l'otite moyenne, la surdi-mutité, les angines. M. Lubet-Barbon a fait remarquer que chez les très jeunes enfants, pendant l'allaitement, les tumeurs adénoïdes peuvent provoquer le dépérissement général par l'insuffisance d'alimentation, c'est-à-dire l'athrepsie.

II

TRAITEMENT DES TUMEURS ADÉNOÏDES.

Les graves inconvénients qui résultent de la présence des tumeurs adénoïdes, nécessitent un traitement radical, qui débarrasse le naso-pharynx de cet amas encombrant.

Quelques-uns conseillent l'abstention pure et simple. Cette timidité ou cette indifférence est funeste à de nombreux enfants, dont le développement physique et intellectuel reste à jamais entravé. D'autres préconisent un traitement qu'ils appellent « *médical* ». Ce traitement est presque toujours insuffisant, et, si parfois,

on semble l'avoir trouvé efficace, il faut moins attribuer ces prétendus succès à son action véritable qu'à la régression spontanée que peut subir, vers l'âge de la puberté, l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée. C'est dans ce sens, qu'il faut interpréter les cas que Woakes prétend avoir guéri par des injections chaudes, alcalines, pratiquées dans les fosses nasales avec le siphon de Weber.

Mais ici nous dirons, avec Chatellier, que ce traitement est susceptible parfois d'amener quelques complications car, si une injection est poussée trop fortement, le naso-pharynx étant obstrué par des masses adénoïdiennes, elle pourra pénétrer par l'orifice de la trompe et il en résultera souvent une otite moyenne aiguë.

Quelques auteurs se servant exclusivement de caustique, font usage soit d'acide chromique (méthode d'Hering), soit de nitrate d'argent, soit de teinture d'iode, pour cautériser les points qu'il faut modifier.

Tout récemment le Dr Marage a préconisé l'usage d'une solution aqueuse de résorcine, qui guérirait complètement les malades en six à dix séances.

« Quoi qu'il en soit, nous persistons à croire que de semblables moyens ne peuvent guère avoir d'efficacité que sur des tumeurs grêles et disséminées ou bien servir d'adjuvant à une opération chirurgicale antérieure.

« Nous préférerions encore le galvano-cautère, bien que l'emploi de cet instrument nécessite une attention toute particulière, car, employé sans mesure et un peu au hasard, on court risque de blesser l'orifice des trompes d'Eustache et d'amener soit des otites suppurées, soit des oblitérations cicatricielles non moins graves.

« Nous restons persuadé qu'étant donné une cavité naso-pharyngienne remplie de tumeurs adénoïdes, il n'y a qu'une condition vraiment rationnelle, c'est de les enlever, et que, pour cela, il n'y a qu'un moyen : l'ablation chirurgicale. »

La meilleure voie opératoire pour cette ablation est la voie buccale et l'instrument que recommande surtout Madame Magnus est le couteau curette annulaire de Schmidt.

C'est une modification du couteau de Gottstein, qui se compose essentiellement d'un triangle d'acier à angles mousses, dont le sommet est fixé sur une tige qui présente une courbure adaptée à la région et se termine par un manche.

La base du triangle représente seule une lame dont le tranchant regarde en avant ; les deux autres côtés sont mousses et en limitent l'action.

Plus commode est le modèle de couteau de Schmidt à anneau moyen, parce qu'il est plus facile à manœuvrer dans le naso-pharynx et parce qu'il suit plus exactement les diverses courbures de cette cavité. Le couteau de Schmidt et les couteaux analogues ne coupent que ce qui dépasse de la surface naturelle du pharynx ; de plus, ils ont un champ d'action plus étendu que la plupart des autres instruments, ce qui permet un déblayage plus parfait de toute la région. Les fragments enlevés ou bien sont ramenés dans la bouche, ou ils tombent dans le pharynx, ce qui n'a aucun inconvénient ; les couteaux présentant de petits paniers sont donc tout à fait inutiles, car ils sont moins maniables.

Pour procéder à l'opération, il faut anesthésier complètement le malade au moyen du bromure d'éthyle, en se conformant à la méthode suivante décrite par Mme Magnus :

« Une bonne précaution consiste à enduire de vaseline le nez, la bouche, le menton du petit malade, de façon à le préserver des brûlures possibles résultant du contact de la compresse, surtout s'il y a quelque agitation. Sur une compresse pliée en quatre épaisseurs, on verse d'abord une petite quantité de bromure, grande comme une pièce de cinq francs et l'on applique cette compresse sur le nez et la bouche du malade en l'invitant à faire des inspirations profondes. Cette pratique a l'avantage d'habituer un peu à l'odeur de l'anesthésique et d'empêcher la suffocation.

» Après 12 ou 15 secondes on verse largement sur toute la compresse, en passant la main gauche dessous, de 10 à 15 gr. de bromure et on applique sur cette compresse disposée un peu en cornet la face palmaire de la main droite la recouvrant le plus possible afin d'empêcher l'évaporation, tandis que de la main gauche on maintient la mâchoire inférieure du patient.

» Il arrive parfois que la respiration, soit que les malades la retiennent, soit qu'ils suffoquent un peu, s'arrête quelques secondes ; il suffit alors de soulever légèrement la compresse, pour voir le rythme respiratoire reprendre normalement. A ce moment également, chez beaucoup de malades, mais non chez tous, il se produit de l'agitation et c'est pour cela qu'il sera bon de les faire maintenir. Cette agitation, d'ailleurs, ne dure que quelques secondes. Le malade fait de grandes inspirations et en 40 à 60 secondes environ, l'anesthésie est complète sans qu'il soit nécessaire de recourir jamais à d'autre quantité de liquide.

» Voici quels sont les signes qui permettent sûrement de reconnaître la narcose parfaite :

» La respiration régulière s'accompagne d'un ronflement caractéristique.

» En même temps, la main appliquée sur la compresse éprouve la sensation d'une évaporation froide qui, chassée par l'expiration, vient passer entre les espaces digitaux.

» Ces deux signes sont, pour ainsi parler, pathognomoniques de la narcose complète.

» De plus, la face se colore parfois, même devient vultueuse, le pouls se précipite, les yeux se convulsent en haut, la pupille est dilatée, une salivation abondante, du larmoiement, se montrent ; quelquefois il y a un peu d'émission d'urine et si on soulève un des membres supérieurs et qu'on l'abandonne, il retombe inerte, le malade est dans la résolution musculaire.

» Contrairement à ce qui a été dit, qu'il faut opérer pendant la première phase d'anesthésie du bromure pour éviter la contracture, nous avons toujours constaté que cette contracture tonique avait lieu seulement au début, alors que la narcose n'était pas complète.

» Il est des cas où la contracture semble persister, principalement au niveau des membres pelviens où elle résiste plus longtemps, peut-être parce qu'il faut un certain temps à l'agent anesthésique pour frapper l'extrémité inférieure de l'axe nerveux. En tout cas, la contracture des jambes ne tarde pas à céder et le malade à entrer en pleine résolution.

« Une dose de 10 à 15 gr. de br. d'éthyle chi-

miquement pur suffit pour provoquer, en 40 à 60 secondes, une analgésie permettant d'effectuer des manœuvres extrêmement douloureuses.

« Généralement, l'éveil se produit au bout d'une minute, après la cessation du bromure. Les opérés peuvent, après quelques minutes de repos, s'en retourner à pied et manger selon leurs habitudes sans crainte de vomissements. »

Le champ opératoire sera nettoyé par des lavages biquotidiens à l'acide borique, au moins 8 jours avant l'intervention.

L'enfant est couché. Au moment d'opérer, on fait redresser légèrement, par un aide, la tête de l'enfant qui se présente ainsi sous le meilleur éclairage possible.

On insinue l'abaisse-langue de Fraënkel, dans la bouche, et on introduit le couteau de Schmidt derrière le voile du palais.

On abaisse ensuite, le plus possible, le manche de l'instrument afin d'aller trancher les tumeurs adénoïdes qui sont situées à la partie la plus antérieure de la voûte.

A 4 ou 5 reprises la main s'abaisse et se relève pour que le tranchant de l'instrument suive les diverses parties du naso-pharynx, à droite, à gauche, au milieu, en haut, en arrière.

L'anneau tranchant de Schmidt ne coupe absolument que ce qui dépasse de la surface de la muqueuse. Si cela est utile, le chirurgien peut terminer en prenant le couteau d'Hartmann à tranchant transversal qui curette la voûte par des mouvements de droite à gauche.

L'effort déployé doit être assez grand pour atteindre complètement l'implantation des adénoïdes, et être ressenti manifestement par l'aide qui maintient la tête.

Les masses enlevées tombent assez fréquemment dans le pharynx, quelques-unes sont dégluties, d'autres vont dans les fosses nasales et sont ensuite expulsées quand l'enfant se mouche ou quand on refait la douche de Weber après l'opération.

La plupart ordinairement sortent par la bouche plus ou moins marquées par le sang qui s'écoule.

Il n'est pas toujours possible de montrer les morceaux de tumeurs enlevés, soit parce que les enfants les avalent, soit parce qu'elles viennent en râclure menues mélangées au sang. En effet, elles sont souvent comme broyées, on ne les voit pas, mais le résultat opératoire n'en est pas moins excellent.

Le curettage du naso-pharynx doit être rapide et ne pas dépasser une quinzaine de secondes.

On voit immédiatement un ruisseau de sang sortir des deux narines; mais cet écoulement s'arrête presque aussitôt, et nous n'avons jamais vu de véritable hémorrhagie.

Bien certainement, cet accident peut avoir lieu, mais si l'on a affaire à un hémophile, si l'on opère pendant une période inflammatoire et si le curettage, mollement fait, n'a pas été jusqu'à l'implantation des tumeurs, il sera bon, dans ce cas, de faire une douche boriquée très chaude.

Aussitôt que l'opéré revient à lui, nous avons l'habitude de lui faire une nouvelle injection nasale avec la solution phéniquée à 1 0/0, titre suffisant, car il est exposé à avaler quelque peu de liquide.

Il faut lui dire de se moucher fortement pour désencombrer les fosses nasales. L'injection peut alors passer aisément d'un côté à l'autre. Il est bon de laisser reposer l'enfant pendant quelques moments après lui avoir mis des petits tampons de ouate dans les deux oreilles et dans les narines.

Il n'est pas utile, sauf de très rares exceptions, de pratiquer dans la suite des irrigations nasales.

Il est quelquefois avantageux, au bout de huit jours, de faire un premier attouchement du naso-pharynx avec un tampon de ouate imbibé de la solution suivante :

Iode........................	1 gr.
Iodure de potassium.........	3 gr.
Eau distillée................	40 gr.

étendue d'un quart d'eau distillée, et, huit jours après l'intervention, un nouvel attouchement avec la solution non étendue.

Le régime post-opératoire est des plus simples. Il consiste à garder la chambre, pendant 5 où 6 jours, et à s'abstenir d'aliments solides pendant les premiers jours.

L'opération n'agit pas seulement en enlevant l'obstacle, elle désinfecte encore une région généralement infectée.

Les résultats opératoires sont excellents, ainsi qu'il ressort des recherches que nous avons faites. Tous les troubles disparaissent rapidement et la croissance reprend sa marche progressive.

C'est surtout immédiatement après l'intervention que ces résultats sont les plus marqués, ainsi qu'il découle de nos *tableaux de croissance post-opératoire* dont nous avons tiré les *coefficients de croissance post-opératoire* suivants : 1,66 pour un mois après l'opération, 2,3 pour deux mois, 1,1 pour trois mois, 0,35 pour six mois, enfin 0,17 pour un an.

De tels résultats prouvent surabondamment l'efficacité de la méthode.

Comme Madame Magnus, nous préconisons l'intervention chirurgicale et nous n'en reconnaissons point d'autre qui soit sérieuse.

Dr Paul Huguenin.

FAITS CLINIQUES

Les traitements empiriques de l'hydarthrose.

En lisant, dans le *Concours médical*, les articles très bien faits, qui résument, pour les praticiens, l'état actuel de la science officielle sur un sujet donné, je me suis souvent fait cette réflexion qu'il ne serait ni moins instructif, ni moins intéressant, pour les lecteurs habituels du journal, de voir le même sujet repris par un praticien d'une certaine expérience, qui le traiterait, non plus à un point de vue dogmatique, mais au point de vue empirique, indépendamment de toute considération théorique ou doctrinale. Ce que nous demandons surtout, nous les médecins de campagne, qui n'avons ni hôpitaux ni cliniques, avec les ressources qu'ils comportent, ce sont des méthodes de traitement efficaces d'abord, et suffisamment inoffensives et simples pour ne point engager gravement notre responsabilité, ou nous créer d'inextricables embarras par leur complication.

Ces réflexions je me les faisais encore en méditant l'un des derniers articles de clinique chi-

rurgicale consacré à une affection, que nous rencontrons couramment dans la pratique journalière, *l'hydarthrose*.

Existe-t-il, pour cette maladie, des méthodes de traitement autres que celles mentionnées dans les classiques : banale teinture d'iode, pointes de feu redoutées, insupportable compression, dont nous avons tous plus ou moins constaté l'inefficacité ? Faut-il alors ponctionner les articulations ou, de guerre lasse, envoyer ses clients se faire arthrotomiser dans une clinique hospitalière ou privée ? Nullement. On peut, en attendant mieux, guérir, et guérir rapidement, toutes les hydarthroses par la méthode révulsive, et cela dans des conditions qui sont toujours facilement réalisables dans la clientèle.

Voici le traitement que nous employons avec un succès constant, et qui a été conseillé en 1886 par le Dr Bernard, de Saint-Omer (1).

Il consiste à appliquer, sur l'articulation qui est le siège de l'hydarthrose, un vésicatoire volant, qu'on laissera 10 à 12 heures en place. Le surlendemain on enlève l'épiderme, et on couvre toute la surface dénudée avec une compresse enduite d'onguent napolitain ou un emplâtre de Vigo *cum mercurio*. (Cette dernière condition est indispensable.) On entoure d'une bonne couche d'ouate et on fait une compression *modérée* avec une bande de flanelle. Le pansement est laissé de 8 à 10 jours en place, et le malade doit garder le repos au lit. J'ai cependant surpris des malades qui avaient enfreint cette dernière prescription et qui n'en ont pas moins bien guéri. Le pansement enlevé, on trouve une surface rouge, luisante ; l'épanchement a complètement disparu. On fait mouvoir un peu la jointure, on poudre et l'on applique une petite couche de ouate et la bande. Le malade peut alors se lever et commencer à marcher un peu. Deux jours après nouveaux mouvements communiqués, de façon à rétablir le jeu de l'articulation, autant que possible dans toute son étendue. (On y arrive même avec les malades craintifs, en procédant graduellement et sans brusquerie.) S'il s'agit d'un cas ancien, ayant déjà subi un traitement prolongé, il sera peut-être nécessaire de faire une seconde application. Cette éventualité ne s'est présentée qu'une seule fois pour moi, et dans les circonstances suivantes. La femme d'un avocat après avoir subi, à Paris, un traitement prolongé pour une hydarthrose du genou, sans grande amélioration, est envoyée à la campagne. Elle me fait demander pour appliquer et surveiller le traitement prescrit, qui consistait en repos au lit, compression énergique de l'articulation, pointes de feu tous les huit jours et iodure de potassium à l'intérieur. De plus, comme dernière consolation, on l'avait prévenue que ce serait long, très long, et qu'elle resterait avec un genou raide. A ma seconde visite, il s'agissait de mettre des pointes de feu, médication qui inspirait à cette dame la plus vive antipathie. Je profitai de cette disposition d'esprit pour lui demander de laisser momentanément de côté un traitement qui n'avait encore donné aucun résultat satisfaisant, et de me permettre de la guérir. Ma proposition parut d'abord, je ne dirai pas impertinente, mais évidemment présomptueuse. Toutefois, après une conférence avec le mari, je fus autorisé à agir. J'appliquai, à cette dame, le traitement que je viens de décrire, avec salicylate de soude à l'intérieur — médication que j'eus quelque peine à faire accepter —. Au bout de huit jours, il y avait une telle amélioration, que la malade consentit sans aucune difficulté à une seconde application qui amena une guérison si parfaite que, six semaines après, ma cliente put danser toute une soirée. J'ai revu cette dame tous les ans, et je puis affirmer qu'elle n'a eu aucune récidive : elle fait de longues courses à pied et n'a conservé aucune impotence fonctionnelle.

J'ai soigné et guéri, dans des conditions à peu près identiques, mais avec une seule application, le fils d'un grand industriel des environs de Paris, que l'on avait aussi envoyé à la campagne.

Je n'ai pas eu à me préoccuper de l'orthodoxie du traitement que je préconise ; ceux que hante la fantaisie de l'infection, et qui redoutent l'effraction totale de l'épiderme, n'ont qu'à se faire ponctionner ou arthrotomiser, s'ils croient courir moins de risques. Ce que je sais bien, c'est que je n'ai jamais observé d'accidents d'aucune sorte depuis dix ans que j'emploie ce traitement et que nombre de fois j'ai fait appliquer, immédiatement après la levée du vésicatoire, un cataplasme de fécule, pour calmer la sensation de cuisson et faciliter le soulèvement de l'épiderme.

Je le répète, j'ai eu des succès constants depuis que je suis en possession de cette méthode. Je ne me souviens pas avoir observé d'intoxication mercurielle. J'emploie presque exclusivement l'emplâtre de Vigo *Cum Hg*, au lieu d'onguent napolitain. Je suis convaincu que ceux de mes confrères qui essaieront ce mode de traitement, en retireront les mêmes résultats que moi, à la condition bien entendu de l'appliquer dans toute sa rigueur, de faire les applications et pansements eux-mêmes, et de surveiller strictement le régime alimentaire du malade. En médecine comme en chirurgie, le succès dépend de l'observation simultanée d'un ensemble de détails, et aucun ne peut être négligé sans compromettre le succès.

Ce traitement est bien accepté par les malades, beaucoup mieux que les pointes de feu. L'application de l'emplâtre sur le derme provoque une cuisson plus ou moins vive, suivant les sujets, mais qui ne dure que quelques heures. Dès le lendemain, les malades ne souffrent plus.

Quand il s'agit de vieilles hydarthroses datant de plusieurs années, comme j'en ai rencontré chez des vieillards, qui étaient ainsi condamnés à l'impotence, il faut mettre en œuvre un moyen plus énergique, qui donne, dans ces cas, en apparence incurables, des résultats aussi satisfaisants que la méthode de Mesnard, dans les cas aigus ou subaigus.

Ce sera l'objet d'un prochain article, si toutefois celui-ci a suffisamment intéressé mes confrères pour que je sois autorisé à continuer.

Rusticus.

En remerciant notre distingué confrère, le Dr M., nous le prions de continuer à nous indiquer les résultats de sa pratique, dont tous nos lecteurs feront leur profit. Celui-ci serait encore plus grand, si l'exemple de notre cher corres-

(1) *Journ. de méd. et de chirurg. prat.*, 1886, p. 165.

pondant, était suivi. Nous avons, il y a longtemps, insisté sur les merveilleux effets résolutifs de l'emplâtre de Vigo.

Note de la Rédaction.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'admission des malades aisés dans les hôpitaux.

Le corps médical proteste, et avec juste raison, contre l'entrée de plus en plus fréquente de malades aisés dans les hôpitaux qui sont faits, non pour eux, mais pour les indigents.

Je trouve complètement insuffisante la mesure prise d'élever, pour cette catégorie de malades, de quelques francs, le prix de la journée d'hôpital et pense que ces malades devraient non pas seulement défrayer l'établissement hospitalier de ses dépenses matérielles, mais encore honorer le médecin qui les soigne ou les opère.

Nous partageons ces sentiments d'une manière absolue, mais nous pensons que ce sont les médecins du moins, qui ont amené cet état de choses et que c'est à eux qu'il appartiendrait avant tout de modifier leur manière de faire.

Il est sans doute très joli de dire que pour telle opération, on prend 1.000, 2.000 francs ou plus — mais il faudrait penser que tout le monde ne peut payer des sommes aussi élevées, et le chirurgien qui, ne voulant pas abaisser ses prix, déclare alors « si vous ne pouvez payer ce prix, entrez dans mon service d'hôpital, je vous opérerai gratuitement » ce chirurgien commet une mauvaise action. Son intérêt lui conseille, peut-être, justement, de ne rien diminuer de ses prétentions, c'est affaire à lui et cela ne nous regarde pas, — mais s'il ne peut consentir à faire pour 500 fr. ce qui à ses yeux en vaut mille, il nous semble qu'il devrait encore moins consentir à le faire gratuitement et qu'il devrait laisser l'opération à d'autres qui estiment ne pas déchoir en proportionnant leurs prix aux moyens de l'opéré.

Le système du *tout ou rien* n'a jamais donné de brillants résultats : c'est à coup sûr à lui, que nous devons de voir nombre de malades qui pourraient donner quelque chose, mais ne peuvent donner tout, prendre le parti de ne rien donner. On leur a enseigné le moyen, ils en usent.

Ce fait nous paraît avoit été mis excellemment en lumière dans une communication faite au Syndicat médical de la Seine par le Dr Abadie. Nous lui laissons la parole :

Quoi qu'on en dise, il n'y aurait pas plus de médecins qu'il ne faut, si tous les malades qui peuvent bénéficier des progrès de la science consentaient à se faire soigner. Il faut les y engager, les y amener par la modération, mais non par la gratuité des prix. La chirurgie abdominale, la gynécologie n'existaient pas il y a vingt ans ; aujourd'hui que de chirurgiens, que de médecins qui en vivent largement, tout en rendant des services inappréciables à un grand nombre de malades. Combien ce nombre augmenterait encore si cette chirurgie n'était pas si coûteuse. La cure radicale des hernies, qui donne de si brillants résultats, quelle besogne et quels bénéfices ne donnerait-elle pas aux chirurgiens si tous ceux qui peuvent en bénéficier consentaient à se faire traiter.

Il en est de même dans les spécialités : le nombre des ophthalmologistes est aujourd'hui considérable à Paris et néanmoins, j'affirme qu'ils seraient débordés de travail s'ils avaient à corriger tous les vices de réfraction, à dilater les voies lacrymales, à opérer les strabismes ou les cataractes, à examiner le fond de l'œil de tous ceux qui ont, en réalité, besoin de ces opérations ou de ces examens. Il faut en médecine, comme en économie sociale, avoir bien présent à l'esprit cet axiome que la consommation doit être en rapport avec la production. Le meilleur moyen, pour nous médecins, qui augmentons en nombre et qui produisons davantage, puisque la science élargit chaque jour notre champ d'action, le meilleur moyen, dis-je, d'augmenter la consommation, c'est-à-dire le nombre des malades qui bénéficient de nos conquêtes et de nos efforts, c'est de demander aux gens des honoraires proportionnés à leur situation.

En Amérique, il y a bien trois fois plus de dentistes qu'en France, eu égard au chiffre de la population. Pourtant les dentistes américains font pour le moins aussi bien leurs affaires que les nôtres. Pourquoi ? Parce qu'en Amérique, la population ouvrière, les nègres, les gens de la campagne, tout le monde fait soigner et aurifier ses dents. Examinez chez nous les mâchoires des paysans, des ouvriers et même d'une partie de la classe aisée et vous verrez dans quels délabrements elles se trouvent. Pour les remettre toutes en état il faudrait tripler le nombre des dentistes. Je me suis élevé contre l'entrée dans les hôpitaux de malades payants auxquels on réclame un prix relativement élevé, 5 francs par jour ; il est évident que les malades de cette catégorie ne sont ni des indigents, ni même de simples ouvriers, dont le salaire est parfois moindre que ce prix journalier d'hospitalisation. Non, ceux qui bénéficient de ces dispositions par trop libérales, ce sont des gens ayant une petite aisance et qui, sachant parfaitement qu'ils auront affaire à l'hôpital, à des praticiens de grande valeur dont, les soins en ville seraient très coûteux, n'hésitent pas à se faire opérer gratuitement à l'hôpital.

Je sais bien que ces malades ne pourraient pas payer une opération de chirurgie abdominale, par exemple, un prix très élevé, mais ils seraient parfaitement en situation et souvent même désireux de payer un prix modéré. Or, comme je le répète, cette catégorie de malades est très nombreuse, les opérer gratuitement, c'est frustrer sans aucune raison le corps médical d'honoraires qui lui seraient légitimement dus et qui, à la longue, peuvent former des sommes considérables.

Mais, dira-t-on, un chirurgien des hôpitaux célèbre, ayant acquis une grande réputation, ne peut consentir à abaisser ses prix, ce serait contraire à sa dignité et même aux intérêts professionnels. Il est facile de répondre à cette objection apparente.

Si le chirurgien en question est célèbre, s'il est déjà enrichi par l'exercice de sa profession, s'il est débordé par une clientèle princière, il n'a qu'une chose à faire, abandonner ces malades d'une situation modeste à ceux de ses confrères qui sont moins fortunés que lui ou qui débutent dans la carrière. En opérant, au contraire, gratuitement, ces malades qui pourraient et qui voudraient même souvent rémunérer, en proportion de leurs ressources, le médecin qui les soigne, il n'est pas douteux qu'il cause un préjudice aux confrères moins heureux que lui et qui ont plus de peine à vivre de leur profession.

Mais, dira-t-on encore, si l'on abaisse trop les prix des opérations importantes, il en résultera un abaissement général, une dépréciation des prix préjudiciable à tous. Evidemment, il y a une mesure raisonnable à garder, mais la diminution des honoraires se justifie par les progrès de la science, par la concurrence, et aussi, comme je l'ai déjà démontré, par le plus grand nombre de malades qui se feront opérer.

Il y a vingt ans, avant l'antisespsie, tous les grands chirurgiens essayaient de faire l'ovariotomie et perdaient régulièrement leurs malades ; quelques-uns exceptionnellement, comme Kœberlé par exemple, réussissaient l'opération. N'est-il pas évident qu'alors le prix en était inestimable. Avant la cocaïne, l'opération de la cataracte était très délicate ; il m'est arrivé souvent d'opérer un malade ayant déjà subi sans succès une opération sur un œil ; si je le guérissais, il honorait

largement sans compter, et c'était justice. Mais aujourd'hui, il ne faut pas se le dissimuler, avec la cocaïne et l'antisepsie, l'oculiste le moins habile aura plus de chance de mener à bonne fin une opération de cataracte, que ne pouvait le faire le plus habile il y a seulement quinze ans. Le public se rend parfaitement bien compte de tous ces progrès et c'est pour cela que, même les gens très fortunés, ne sont plus disposés à donner des honoraires fantastiques.

Enfin, comme je l'ai déjà fait remarquer dans ma communication à la réunion générale, ce n'est pas avilir les prix et déprécier la valeur des soins donnés que de les proportionner aux ressources des gens soignés. Un client qui gagne 6 à 8 francs par jour et qui paie une consultation 2 francs, honore aussi bien son médecin, à tous les points de vue, qu'un riche banquier millionnaire qui la paie 20 francs.

Je trouve que ceux qui veulent faire de l'assistance médicale gratuite à outrance font fausse route. Malheureusement, presque tous les corps élus du suffrage universel ont actuellement une certaine tendance à entrer dans cette voie où semble les pousser une complaisance coupable vis-à-vis de leurs électeurs. Je n'hésite pas à déclarer qu'à mes yeux ils ont complètement tort.

Oui, je suis d'avis comme tout le monde, comme cela est juste, nécessaire, indispensable dans une société bien organisée, que les véritables pauvres, les véritables malheureux frappés par le sort souvent injuste, soient efficacement secourus. Mais je suis surtout d'avis que les gens du peuple, les ouvriers apprennent à s'organiser, à combiner légitimement leurs efforts pour voir s'élever peu à peu le chiffre de leur salaire et arrivent ainsi à ne plus avoir besoin d'aumône, sous quelque forme qu'elle soit offerte. Et alors, de même que leur travail sera bien rémunéré, de même ils devront acquitter les charges contractées par eux, vis-à-vis de ceux qui les entourent, dont ils ont besoin à leur tour, les médecins y compris. A cela leur dignité, leur indépendance ne peut que gagner.

J'ai dit qu'à la Maison Dubois le principe des malades payant simplement leurs frais de séjour, établi dur une large échelle, engendre de nombreux abus. Ces abus doivent être bien nombreux, car rien que sans le courant de l'année dernière et dans mon entourage, j'ai pu en relever deux que je tiens à signaler. Un de mes clients, négociant français dans une bonne situation, établi à Port-Saïd et dont j'avais soigné la fillette jadis, vint me voir l'année dernière pour m'annoncer qu'il s'était décidé à faire le voyage de Paris pour se faire opérer d'une fistule à l'anus. Comme je lui proposais, s'il n'avait personne en vue, de lui indiquer un chirurgien : « C'est tout à fait inutile, me répondit-il, j'irai à la Maison Dubois où il y a de bons chirurgiens et où cela ne me coûtera rien. » Effectivement, trois semaines après, je le revoyais guéri, enchanté. Voilà donc un malade venu exprès d'Egypte, ayant fait un voyage coûteux, parfaitement en état de payer son opération un prix convenable, qui a été opéré gratis. N'est-ce pas là une véritable perte sèche pour la grande caisse médicale, j'entends celle de tous les praticiens en général ?

Autre fait. J'avais parmi les élèves de ma clinique, un jeune Syrien dont le frère avait une importante maison de commerce en Orient. Ce jeune homme me dit un jour que son frère allait venir à Paris se faire opérer d'une hernie qui le gênait beaucoup et comme je lui proposais de lui indiquer un chirurgien, il me répondit aussi : Ce n'est pas la peine, il est décidé à aller à la Maison Dubois.

Je tiens surtout à développer ceci : c'est qu'il faut que les petites gens paient proportionnellement. Je ne vois pas d'autre solution à l'envahissement.

Dans plusieurs autres pays, cela se fait ainsi. En Amérique, les petites gens, les ouvriers paient leur médecin modestement, mais ils le paient.

Dans une clinique où vous recevez cinquante malades par jour, s'il y en a trente qui peuvent donner deux francs par jour, et que vous les soigniez gratuitement, vous frustrez la caisse médicale de soixante francs par jour.

Je vais vous donner des exemples précis. Je reconnais que moi-même je porte préjudice à nos confrères.

Dans l'année courante, je n'exagère pas en disant que j'ai fait au moins 120 opérations de strabisme pour rien. Je dis 120 *au moins*, c'est peut-être 150.

Dans ma clientèle particulière, j'en ai opéré beaucoup moins, quelques-unes seulement.

Autrefois, les opérations étaient très bien rétribuées ; mais aujourd'hui, quand un client a payé 500 francs une opération, il trouve déjà ce prix très élevé.

J'ai donc fait à ma clinique, **120** opérations qui ne m'ont rien rapporté du tout. Si seulement chaque opéré avait payé 50 francs, vous voyez ce qu'aurait rapporté la gratuité, à côté de ce qu'a pu rapporter le travail salarié.

C'est donc là une perte sèche.

A l'avenir, je suis décidé ou à faire payer petitement les petites bourses, 50 ou 100 francs par exemple, où à les faire opérer ailleurs, et à n'opérer gratuitement que les véritables indigents.

Je fais 150 opérations de strasbisme par an, grâce à la cocaïne ; mais avant la période précocaïnique, j'en faisais *dix*.

Cela me rapportait autant que les 150 que je fais aujourd'hui.

Je prétends que ces petites sommes accumulées peuvent faire vivre énormément de médecins.

Que nous le voulions ou pas, les prix se sont démocratisés.

Autrefois, les riches voulaient payer pour les pauvres. Aujourd'hui, ils sont au courant des progrès de la science et ne veulent pas payer un prix si élevé.

Je me base, pour les faire payer, sur leur loyer. J'entends que quelqu'un qui paie un loyer élevé, puisse, également, bien rémunérer le médecin qui le soigne.

Je crois que c'est un des remèdes à apporter à la situation médicale de la génération actuelle.

Je vois beaucoup de jeunes gens qui ont ouvert des cliniques à Paris. Mais cela n'est pas mal, quand ils font payer deux ou trois francs à de petites gens.

Quand vous avez fait votre affaire, abandonnez cette clientèle à d'autres, plus jeunes, qui débutent dans la carrière.

On ne saurait trop approuver le langage de M. le Dr Abadie, et nous sommes heureux de l'approbation qu'il a rencontrée près du Conseil d'Administration du Syndicat de la Seine, qui a voulu le faire figurer *in extenso* dans son Bulletin.

Si ces idées étaient admises par tous, certainement une des causes principales des souffrances du Corps médical disparaîtrait : les maîtres ne perdraient rien, et les praticiens modestes y gagneraient. Mais les premiers tiennent-ils beaucoup à favoriser les seconds ?

XX.

Assistance médicale gratuite.

La réforme proposée par le Dr Taty.

Nous avons publié l'étude du Dr Taty sur l'Assistance médicale. Elle envisageait la réorganisation de ce service d'une manière originale : il n'est pas banal, en effet, de faire déclarer, après coup, l'indigence du malade, la commission ayant alors tous les éléments d'appréciation par devers elle.

La chose n'est certes pas impossible, et l'Administration, bien que la conception ne vienne pas d'elle, ne trouverait peut-être pas grand inconvénient au mode de faire proposé par le Dr Taty : le Bureau d'assistance désignant, tous les trois mois, parmi les malades du trimestre écoulé, les personnes auxquelles il concède l'assistance. Il saurait à l'avance et la durée de la

maladie et sa gravité et la gêne qu'elle a apportée dans la famille et les conséquences de tout ordre qu'elle peut avoir — tous éléments d'importance, nous le répétons, et qui lui font défaut actuellement.

Mais si l'Administration ne nous paraît pas devoir être hostile, en principe, à une semblable réforme, le corps médical l'accepterait-il, non pas avec enthousiasme, mais du moins sans trop de répugnance ? — Quoi qu'en puisse penser M. le Dr Taty, nous ne le croyons pas.

C'est que la réforme en question fait passer du côté du médecin l'incertitude qui, actuellement, se trouve du côté du Bureau d'assistance. Quand on lui donne cent personnes à soigner gratuitement, le médecin sait à peu près à quoi il s'engage, surtout s'il a obtenu cette mesure capitale, la rémunération à la visite ; il sait qu'il perdra par exemple 50 % sur son tarif minimum ; mais, comme il sait d'autre part qu'il n'aurait à peu près rien reçu des malades en question, il établit dans son esprit une sorte de balance entre le profit et la perte. Il n'a qu'à vérifier la liste des inscrits, à la confection de laquelle il peut participer d'ailleurs dans une certaine mesure — insuffisante selon nous, réelle pourtant — et protester s'il y a lieu, puisque la loi nouvelle accorde un recours contre les décisions locales.

Mais s'il doit tout d'abord soigner également tous les malades et se présenter, ses mémoires à la main, devant le Bureau d'assistance, qui lui assure que l'Assistance sera accordée aux véritables nécessiteux et qu'elle sera, par contre, refusée à des gens qui pourraient l'honorer ? — C'est pour lui l'inconnu, et il a quelque droit de s'en défier à l'avance.

M. le Dr Taty est-il sûr que les commissions dont il a eu tant à se plaindre, nous en convenons, se fussent montrées plus équitables avec le système qu'il préconise ? — Le médecin, répondra-t-il, prévenu au bout d'un trimestre de ce qui l'attend, pourrait se récuser..... mais qui actuellement l'empêche de le faire s'il trouve trop longue la liste des inscrits ?

En jugeant de la loi de 1893 sur un fait personnel antérieur, notre confrère nous paraît avoir commis une grosse erreur : les conditions ne sont plus les mêmes. Il y avait forfait de son côté, mais rien ne liait les administrations communales ; — il avait pu s'en rapporter à leur bon sens, à leur esprit d'équité : il avait eu tort, puisque équité et bon sens étaient également inconnus de ces administrations, qui croyaient sans doute avoir le droit d'agir comme elles l'ont fait et contre lesquelles il n'a eu d'autre ressource qu'une démission tardive.

Avec la loi nouvelle il n'en saurait être ainsi et, à défaut de sens moral, les Bureaux d'assistance trouveraient près de l'Administration départementale une résistance devant laquelle force serait bien à eux de s'incliner.

Il nous paraît impossible en effet qu'un médecin accepte, pour le service d'assistance, une rémunération fixe quel que soit le nombre des inscrits : s'il acceptait, il commettrait une sottise telle qu'il serait mal fondé à se plaindre ultérieurement.

Avec une rémunération proportionnelle aux visites faites, il n'a, nous le répétons, à craindre aucun imprévu, puisque d'avance il a pu calculer l'étendue des sacrifices qu'il consentait, en acceptant la fonction, puisque d'avance aussi il connaît les personnes auxquelles s'appliquera la réduction des prix.

Enfin nous croyons qu'avant de récriminer, il conviendrait d'attendre les résultats donnés par la législation nouvelle : peut-être ces résultats seront-ils autres que certains ne le supposent. Et puis, n'oublions pas que les règlements locaux sont révisables et qu'une expérience loyale nous paraît être le moyen le meilleur d'obtenir leur révision sur les points qui paraîtraient défectueux. A. G.

REPORTAGE MÉDICAL

Association générale des médecins de France. — La réunion des Présidents et délégués des Sociétés locales au siège de l'Association générale des médecins de France, aura lieu le 12 et le 13 avril à 2 heures de l'après midi, 3, avenue Victoria.

— *Académie de médecine.* — M. le président du conseil, ministre de l'intérieur, vient d'adresser à l'Académie la lettre suivante, qui a été renvoyée à l'examen de la section d'hygiène publique et police médicale, en priant celle-ci de s'adjoindre M. Henry Monod.

« La loi du 30 novembre 1892 a rendu obligatoire la déclaration par les médecins de certaines maladies contagieuses.

« La loi du 15 juillet 1893 a rendu obligatoire en France l'assistance médicale aux pauvres, notamment, leur hospitalisation », lorsque le secours médical ne peut pas leur être donné utilement à domicile.

« Ces lois créent au gouvernement, chargé de leur exécution, et tuteur des établissements hospitaliers, une responsabilité nouvelle, des droits nouveaux, pour l'accomplissement desquels il désire s'aider des lumières de l'Académie de médecine.

« L'Académie a rédigé jadis des conseils élémentaires aux mères et aux nourrices. Ces conseils sont journellement utilisés dans l'application de la loi du 23 décembre 1874.

« Je serais très reconnaissant à l'Académie si elle voulait bien rédiger de même les conseils à donner aux hôpitaux en vue de prévenir la propagation à l'intérieur de ces établissements des maladies dont la déclaration est obligatoire, ainsi que des autres maladies transmissibles.

« Veuillez agréer, etc.

« Signé : Léon Bourgeois. »

— *La prophylaxie de la tuberculose.* — Grâce à de puissants et opiniâtres efforts, une agitation commence à se produire chez nous en faveur de la lutte contre la tuberculose, et l'on discute enfin avec ardeur la création des sanatoria pour cette maladie. C'est le moment de rappeler que l'Angleterre a fait baisser de plus d'un tiers depuis vingt ans la léthalité par tuberculose dans le pays de Galles, et par la seule organisation de ces hôpitaux d'isolement.

— Vient de paraître l'**Annuaire médical et pharmaceutique Rouband de 1896**, publié par l'*Agence des Publications médicales et scientifiques*, 21, rue de la Monnaie, à Paris.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4.074. — M. le docteur Michaux, d'Isle-sur-le-Doubs (Doubs), présenté par M. le docteur Lorber de Fesches-le-Châtel (Doubs).

N° 4.075. — M. le docteur Julien, de Fontaine-Française (Côte-d'Or), présenté par M. le docteur Patey, de Saint-Seine-sur-Vingeanne (Côte-d'Or).

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 11 14 Mars 1896

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La décentralisation scientifique et hospitalière.

Entrons-nous décidément dans la voie de la décentralisation ?

La semaine dernière, *l'unanimité* des députés adoptait le projet d'affranchissement des universités, ouvrant la porte à l'initiative, à l'émulation, au libre développement du progrès scientifique dans chaque région.

Hier, M. Strauss déposait sur le bureau du conseil municipal de Paris, une proposition tendant à créer, pour chacun des hôpitaux de la capitale, un comité de patronage.

Or, ceci ne peut avoir qu'un but : celui d'établir une féconde rivalité, dans l'augmentation des ressources et l'amélioration des services de ces établissements. Et, à moins de donner à ces comités un rôle purement honorifique, il semble bien que l'Assistance publique devra se départir en leur faveur d'une certaine rigueur administrative et centralisatrice, de façon à leur laisser les coudées franches dans l'accomplissement de leur tâche. — Ce serait une heureuse révolution.

« Les médecins et chirurgiens d'un hôpital, « nous disait, récemment, un des plus distingués « parmi ces derniers, n'ont aujourd'hui entre « eux aucune de ces relations que devraient « créer le rapprochement et la communauté des « services rendus à l'établissement. Souvent ils « ne se connaissent même pas, s'ils ne se sont « rencontrés dans les Sociétés savantes. Ils sont « les agents isolés d'une administration, qui ré- « clame, non de l'initiative et de l'émulation « pour le progrès, mais de l'obéissance passive « à des règlements plus ou moins bien compris.

« Supposons, au contraire, qu'une large part, « dans la direction de l'hôpital, soit accordée à « un conseil composé des chefs de service et « des personnes riches et généreuses qu'ils sau- « raient grouper autour d'eux. Vous voyez, du « premier coup, combien les ressources hospi- « talières pourraient être augmentées par l'appel « constant à la bienfaisance, et quel judicieux « emploi il serait fait de cet apport, par des « hommes compétents, soucieux, avant tout, du « progrès scientifique et humanitaire, unissant « fraternellement leurs efforts en vue du déve- « loppement de l'œuvre hospitalière, dont ils « sont le rouage indispensable.

« On ne donne pas aujourd'hui aux hôpitaux, « car on craint de voir les offrandes dévorées « par l'ogre de la bureaucratie paperassière. Il « en serait tout autrement, si les générosités « pouvaient être suivies jusqu'à destination, et « rester aux malades de tel établissement que « l'on avait en vue.

« N'apercevez-vous pas d'ailleurs, continuait « le maître dont nous parlons, quelles consé- « quences heureuses résulteraient de cette trans- « formation ? Laissez-moi vous en indiquer quel- « ques-unes.

« 1° Nous aurions l'ambition louable, nous « médecins, de perfectionner ce qui serait bien « notre œuvre, et de développer notre enseigne- « ment clinique personnel. Ce souci nous em- « pêcherait de délaisser l'hôpital pour la clien- « tèle, que nous disputons trop à ceux qu'elle « seule fait vivre, mais dont nous ne pouvons « nous passer totalement nous-mêmes, à cause « de l'exiguïté de notre traitement.

« 2° Par l'entente entre chefs de service, les « leçons pourraient se succéder à heure fixe, de « telle façon que, dans une matinée ou une « après-midi, les cliniques de deux ou trois pro- « fesseurs fussent suivies par les mêmes audi- « teurs, étudiants et praticiens.

« 3° Il serait ainsi démontré que les agrégés « servent à quelque chose, et si leurs traite- « ments, comme professeurs d'une part, comme « médecins d'hôpital de l'autre, étaient relevés « de façon à leur assurer le genre de vie au- « quel ils ont droit, ils pourraient enfin se can- « tonner dans la science et l'enseignement, au « grand bénéfice des étudiants, et aussi des mé- « decins ordinaires de la capitale. »

Ce langage nous avait vivement frappé.

La proposition Strauss, qui nous le remet en mémoire, contiendrait-elle le germe de ces précieuses réformes ?

On peut du moins le souhaiter.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Deux nouvelles maladies infantiles.

La clinique infantile, dont les progrès ne sont pas toujours très rapides, et cela se conçoit aisément, vient de s'enrichir de deux entités morbides bien distinctes que le Dr *Henoch* a contribué à faire connaître. La première est la *maladie de Barlow* ou rachitisme aigu.

Cette affection frappe exclusivement les enfants de six mois jusqu'à deux ans et demi, par conséquent, dans la période où le rachitisme s'observe de préférence. Le début est souvent, mais non toujours, aigu. Après quelques jours de malaise général, apparaît de la sensibilité et de la difficulté des mouvements, allant même jusqu'à l'immobilité, d'un ou des deux membres inférieurs. Les enfants crient si on les touche. Ils reposent immobiles dans leur lit, le plus souvent étendus ; tout mouvement actif ou passif est douloureux. Bientôt on remarque une tuméfaction fusiforme, sensible, lisse, assez rénitente, sur le trajet de la diaphyse d'un ou parfois des deux fémurs. Il est rare d'observer la même tuméfaction aux os des jambes ou des membres supérieurs. Par contre, on perçoit parfois de la crépitation aux limites de la diaphyse avec les épiphyses, indice de décollement de ces dernières.

A ces phénomènes s'adjoint presque constamment un boursouflement spongieux de toute la gencive, avec fétidité et tendance au saignement, comme dans le scorbut, qu'il y ait déjà ou non des dents. Les hémorrhagies d'autres régions (nez, intestin, rein), de même que le purpura, sont rares. Il est plus fréquent de rencontrer des suffusions sanguines sous le périoste du frontal, dans les paupières et même dans le tissu rétro-bulbaire, avec saillie du globe oculaire.

La santé générale n'est guère troublée que s'il existe des hémorrhagies considérables. Mais, même dans les cas ordinaires, limités au fémur et à la muqueuse buccale, l'aspect est anémique, l'appétit médiocre, le sommeil agité. Il est à noter que, sinon dans tous les cas, du moins dans le plus grand nombre, la maladie s'accompagne de gonflement rachitique des épiphyses, et que la fièvre est rare ou modérée. Après deux à six mois, l'affection guérit d'ordinaire spontanément, en laissant parfois une hypérostose de l'os frappé d'hémorrhagie. Car cette tuméfaction osseuse, le plus souvent du fémur, est produite par un hématome sous-périosté, ainsi que l'ont démontré les autopsies ou des ponctions faites pendant la vie. Il est rare que la mort survienne par hémorrhagies multiples, cachexie ou complication.

Le traitement consiste à donner aux malades une alimentation convenable (lait maternel ou lait de vache) et à les faire séjourner à l'air pur. On vante aussi le jus de viande fraîche, la viande râpée, la levûre de bière, et surtout le jus de citron ou d'orange (3-4 cuillères à café par jour). L'hématome osseux réclame le repos et la glace, rarement l'incision suivie de drainage.

La seconde maladie nouvellement signalée, est la *maladie de Hirschprung* ; elle consiste dans la dilatation congénitale du gros intestin et une constipation opiniâtre avec issue mortelle. Les traits principaux de cette maladie sont :

Dès la naissance, constipation opiniâtre, se prolongeant même pendant plusieurs semaines, météorisme considérable, variable dans son

FEUILLETON

Les huttes habitées de la banlieue de Paris.

Si l'on se rend, du centre de Paris, à la périphérie, on arrive aux quartiers excentriques, annexés en 1866, quartiers tristes, aux terrains vagues, jaunes, pelés, galeux, disent les reporters et les romanciers, aux maisons pauvres pareilles à des casernes — mais moins propres — aux cités insalubres et populeuses, aux chantiers et aux usines, qui donnent à cette région de la grande ville une physionomie particulière. — Puis on arrive aux *fortifs* — aux glacis (les Champs-Elysées des souteneurs et de la haute et basse pègre) — *à la zone* qui vient de tant faire parler d'elle, la zone militaire, couverte de masures, de baraques légères, en planches, le long desquelles courent de maigres liserons et d'anémiques capucines, et que l'autorité militaire dernièrement voulut faire disparaître, rencontrant une vive opposition de la part de la presse, surtout de la presse de banlieue qui prétendait soutenir les intérêts des petits et protéger les humbles. — Puis enfin c'est la banlieue de Paris, avec ses usines, des terrains à bâtir, provisoirement cultivés, sa fumée noire, et ses odeurs spéciales. Le tableau de la zone et de la banlieue est connu. On a comparé, avec raison, cette portion du Département de la Seine, à l'écume et aux débris rejetés par l'Océan.

Quel pays désolé ! et quelle désolation pour l'hygiéniste dont les préceptes sont plus méconnus, là, au foyer des lumières, près du Louvre, près du cerveau de la France, puisqu'il est convenu d'appeler ainsi la capitale, plus que partout ailleurs !

L'expulsion des zoniers par le ministère de la guerre était plutôt une mesure hygiénique, qu'une mesure de défense militaire, et les médecins qui connaissent la banlieue de Paris la considéraient comme telle, n'y mêlant aucune inutile question de sentiment.

Tout est à faire (la Province ne s'en doute guère) dans la banlieue de Paris et même dans certains quartiers de Paris, au point de vue de l'hygiène. Les questions de l'habitation, du logement, de l'air, des épidémies, *des eaux potables*, sont à résoudre. Celle des égouts sera bientôt résolue, car les municipalités, de ce côté, ont su faire des sacrifices. Pourquoi alors, dans la banlieue Nord et Sud de Paris surtout, les municipalités tolèrent-elles des habitations où l'on n'enfermerait point certains animaux ? Une promenade de quelques heures, dans leur commune, édifierait les édiles responsables, mais ceux-ci le savent et n'agissent pas, soit que les règlements ou arrêtés préfectoraux leur fassent défaut, soit que les commissions de salubrité locales, insuffisamment armées, manquent de sanction ou d'autorité, soit que les questions électorale et financière, entrent en jeu. — Suivez-nous...

Voici une grande voie de communication. Des terrains vagues la bordent, par-ci par-là, en contre-bas. De ce côté sont alignées contre le mur de clôture d'une grande usine des baraques de toutes formes et de toutes couleurs. Tantôt elles sont isolées, tantôt elles se soutiennent les unes les autres, tant bien que mal. Celle-ci manque tellement d'équilibre qu'on s'attend à la voir s'effondrer d'un moment à l'autre. Voyez cette hutte en planches disjointes, cassées, gondolées, chevauchant les unes sur les autres, à claire-voie, pres-

intensité; après l'émission de gaz et de matières, les anses intestinales apparaissent et se sentent sous les téguments. Introduction facile et à une grande profondeur d'une épaisse sonde rectale (jusqu'à 30 centimètres et davantage) qui permet de constater, également, l'accumulation des fèces dans le côlon. La constipation semble due à l'atonie de la muqueuse par suite de son extrême dilatation. Elle aboutit toutefois à une diarrhée plus ou moins copieuse, déterminée par l'irritation des matières accumulées, qui provoquent l'ulcération de la muqueuse. L'affection se termine le plus souvent par une mort rapide.

Iodure de potassium et iodure de sodium.

Avec son expérience consommée et son sens pratique habituel, M. le Dr *Briquet*, d'Armentières, a récemment exposé dans un article du *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, les motifs qui doivent faire préférer en thérapeutique, tantôt l'iodure de potassium, tantôt l'iodure de sodium. Dans les préférences que certains médecins affichent pour l'iodure de sodium, il faut faire intervenir la crainte presqu'universelle des sels de potassium, et le désir d'éviter les phénomènes d'iodisme que provoque facilement l'iodure de potassium. D'autre part, il est certain que l'iodure de sodium a une action égale à l'iodure de potassium sur la circulation ; l'iodure de sodium contient plus d'iode que l'iodure de potassium ; enfin le goût de ce dernier est bien pire que celui du premier. De nombreuses recherches et observations, le Dr Briquet conclut : a) que l'iodure de potassium possède ordinairement une activité un peu supérieure à celle de l'iodure de sodium ; b) que si, expérimentalement, il s'est montré plus toxique, cette toxicité relative ne s'est jamais manifestée par ingestion stomacale ; c) enfin que l'iodure de sodium est sans contredit mieux supporté en ce sens qu'il donne habituellement moins d'iodisme et que son goût est sensiblement moins désagréable.

En résumé, l'iodure de potassium doit être préféré à l'iodure de sodium, sauf dans les maladies des voies respiratoires et contre certaines douleurs rhumatismales.

Si l'iodure de potassium est mal toléré, soit d'emblée, soit au cours du traitement, il faut recourir au second dont la valeur thérapeutique indéniable n'est qu'*un peu inférieure* à celle de l'iodure de potassium.

Il serait peut-être pratique de toujours commencer par l'iodure de sodium qui est généralement mieux supporté, et, aussitôt la tolérance obtenue, de passer à l'iodure de potassium.

Si l'on admet qu'à la longue, l'iodure de potassium puisse avoir un effet dépresseur, que ne posséderait pas l'iodure de sodium, il convient, en cas de traitement de longue durée, d'alterner de temps à autre les iodures de sodium et de potassium, pour obtenir le maximum d'effet utile et le minimum d'effet dépresseur.

Moyens d'enlever le goût nauséeux de l'huile de foie de morue.

On ajoute 1 gramme d'essence d'eucalyptus à 100 grammes d'huile (procédé Duquesnel).

On prend 480 grammes d'huile, 28 grammes de café torréfié et moulu, 10 grammes de noir animal en poudre, et on chauffe le tout au bain-marie à 60°, pendant un quart d'heure, dans un matras bouché. Après avoir retiré le mélange du feu, on l'abandonne à lui-même pendant deux ou trois jours, en agitant de temps à autre, puis on filtre au papier. On obtient de cette façon une huile limpide, ambrée, ayant une odeur et

---

que partout. Une de ces planches rattachée aux voisines par quelques lanières de cuir constitue la porte d'entrée. Un toit formé de voliges et de quelques lattes, recouvertes d'une toile bitumée, pourrie par les pluies, déchirée par les vents, les lambeaux retenus en place par quelques pierres et traversé par un tuyau de poêle rouillé et troué, protège l'intérieur. Trois à quatre mètres de largeur, autant de longueur, deux mètres de hauteur. La terre battue, inégale (à petites cuvettes), humide, glissante, tient lieu de plancher. Un morceau de verre, quelquefois, mais rarement, une portion de vieux châssis de maraîcher encastré dans les planches, forme une fenêtre... Ceci est une maison d'habitation, où logent, souvent, père, mère et plusieurs enfants, sans autre air que celui qui entre par les fentes, sans lumière, exposés aux intempéries, au vent, à l'humidité, au froid, à la chaleur. Devant la maison, des détritus et des immondices de toutes sortes, sont amoncelés. Les eaux ménagères et autres répandues chaque jour, imbibent le sol, fermentent au soleil et répandent, aux alentours, une odeur abominable et pestilentielle. Les égouts ne desservent pas ces coins-là... Pas de fosses d'aisances. Pas de puisards étanches. L'eau est prise à la fontaine éloignée : c'est de l'eau de Seine. On l'épargne parce qu'il faut aller loin et souvent... Dedans, vous allez le voir, il y a du monde, comme nous venons de le dire.

Suivons ce petit sentier qui va du chemin à ces baraques et qui traverse les jardins ! Poussons la porte et entrons dans celle-ci. Nous voilà arrêtés, dès le premier pas. L'odeur nauséabonde prend au nez. Deux mioches s'échappent... Une femme nous dit : C'est ici, monsieur. — Bien ! mais comment aller plus loin ? On aperçoit un lit dans le fond. Un lit ? un reste de lit de fer, rouillé, brisé, rafistolé avec des fils de fer ; des draps ou plutôt des loques noirâtres ; des morceaux de couverture dans lesquels se remue un malade ! un autre lit pareil, placé au bout de celui-ci, sur lequel sont entassées des hardes ; un poêle en fonte, sur lequel s'apprête à griller un hareng et un morceau de boudin. Deux chaises en paille sans paille, sans dossier, disparaissant sous un tas de chiffons humides. Entre la porte et le lit du malade un amoncellement de loques, d'os, de débris putrides, — pas un endroit où mettre le pied ! Et là, dans le lit, un tuberculeux malade depuis six mois, venu de province pour chercher du travail à Paris !

Vous pensiez : exagération ! Rendez-vous *compte maintenant !* Entrez si vous pouvez !... — Et pourtant vous voyez que ce malade est un homme ! Qu'il y a là des enfants, une femme. Et le mari rentrera ce soir ! — Et le long de ce mur vous voyez *vingt* de ces baraques, les unes noires, datant de quelques années déjà ; les autres blanches construites dernièrement en planches neuves, — des richards ! — Les unes badigeonnées à la chaux, les autres à l'ocre jaune, quelques-unes peintes en vert — des princes. — Plus loin, dans cet autre terrain vague, voici une vieille voiture de bohémiens. Elle a été tellement usée, réparée qu'elle est hors de service. Vendue à vil prix, je pense, elle a été accotée dans ce coin et elle sert d'habitation à toute une famille. — Comment se fait-il que ce vieux wagon à bestiaux soit enterré à cet endroit ? Mystère ? Non. — Il vient d'une usine qui fabrique et répare le matériel des chemins de fer. Hors de service, ce wagon a été donné à un ouvrier

une saveur de café très prononcées. Ce procédé est du docteur Caro Pavesi. (*Gaz. méd. de Liége*, 1896.)

CHIRURGIE PRATIQUE

Les brûlures par l'électricité industrielle.

Les applications, de plus en plus nombreuses, de l'électricité à l'industrie, ont rendu, relativement fréquents de nos jours, des accidents qui commencent à être assez bien connus, tout au moins au point de vue clinique. Leur nouveauté rend leur étude intéressante.

La plupart des travaux parus depuis un siècle sur l'action des décharges électriques sur les animaux, étudient l'action que l'électricité à haute tension provoque sur l'organisme et cherchent la cause de la mort dans les modifications que l'agent électrique a pu produire dans les organes vitaux, en particulier le bulbe ou le cœur. Mais si l'attention a été attirée sur l'action locale que l'électricité à haute tension provoque sur les tissus extérieurs ou sur le squelette, et si les brûlures ont été notées dans les observations éparses, leurs caractères cliniques les plus importants ont échappé aux observateurs. C'est ce point spécial que nous essaierons de mettre en lumière.

Il est, d'ailleurs, intéressant d'établir un parallèle entre les brûlures électriques et celles produites par les agents ordinaires et de montrer, dans les signes généraux, une série de signes, tous négatifs, qui en font un groupe de lésions à séparer complètement dans un chapitre nouveau de pathologie externe.

Deux sortes de courants sont la cause habituelle des brûlures électriques dans l'industrie : ce sont les courants continus et les courants alternatifs.

La clinique ne relève aucune différence entre les brûlures causées par ces différents courants. Ce sont les ouvriers électriciens, qui sont les plus fréquemment atteints. Ces accidents, qu'ils soient mortels ou non, sont accompagnés presque toujours de brûlures.

Quels sont les facteurs qui entrent en jeu, dans les accidents électriques, pour causer tantôt une brûlure superficielle, tantôt une brûlure profonde ? Il ne semble pas, d'après les observations, que l'élément « force électro-motrice » puisse entrer uniquement en ligne de compte ; il faut aussi et surtout tenir compte de la durée du contact et de son degré de perfection, et aussi de l'état de sécheresse ou d'humidité de la peau.

Les brûlures électriques atteignent tous les tissus de l'organisme, depuis les couches les plus superficielles de la peau, jusqu'aux os. Elles entrent donc au point de vue anatomique dans la classification en six degrés de Dupuytren. Mais dans la pratique nous préférons, pour la commodité de la description, diviser simplement les brûlures électriques en deux grandes variétés : *brûlures superficielles* et *brûlures profondes*.

Parmi les brûlures superficielles, nous étudierons d'une part celles qui sont produites par simple rayonnement d'un foyer électrique, et d'autre part celles que détermine l'action directe de l'arc électrique ou le contact d'un fil incandescent, ou le passage d'un courant à travers une partie quelconque du corps.

Un foyer électrique peut-il par simple rayonnement produire une brûlure ? Oui, ainsi que le prouvent des observations nombreuses.

Déjà le prof. Terrier a, en 1887, appelé l'attention sur un accident qu'il a dénommé « coup de soleil électrique » et qui est une véritable brûlure du 1er degré, analogue au vrai coup de soleil.

« Le 1er phénomène est la rougeur, l'érythème,

---

malheureux ou blessé. Sur un coin de terrain appartenant à l'usine, le Directeur a fait conduire le wagon, et l'ouvrier a fait le reste pour l'aménager en logement. Voyez ! c'est bien un wagon, sans les roues. Celui-ci est installé dans un bon endroit, au bord d'un Boulevard, s'il vous plaît, en bas du talus. De la terre a été amoncelée sur trois côtés jusqu'à hauteur du toit. L'entrée que l'on bouche avec une cloison le soir, regarde au couchant. L'intérieur a été divisé en deux compartiments, le plancher existe dans la chambre à coucher ; terre battue dans la salle à manger. Un chien de garde est attaché à un piquet : gare aux voleurs ! Méfiez-vous ! — De grands soleils autour. Là, loge un marchand ambulant avec sa femme et trois enfants.— A deux pas de ce logis, en voici un autre, construit, avec un vieux chaland, acheté pour la valeur du bois. Pas de fenêtre ici. Bois goudronné, prenant facilement feu. Cela est arivé depuis peu. — Beaucoup d'autres baraques tout aussi pittoresques disséminées par-ci par là, dans les champs, le long des routes, sur les terrains libres des compagnies ou des usines. — Rarement la place est louée. Alors c'est à l'année. La location est-elle payée ? Je ne sais. — La plupart du temps c'est une tolérance, et les locataires restent à la disposition des communes, des compagnies, des usines ou des propriétaires.

Mais, voici un propriétaire avisé qui possède des terrains étendus et inutilisés le long d'une grande route de la banlieue. Pas de rendement. Alors il bâtit, puis loue à condition, de telle sorte que le terrain au bout d'un certain temps devienne la propriété du locataire. Il est certain que le propriétaire trouve son compte dans ses arrangements, et ne risque rien.— Et voilà un vaste espace, qui se couvre, petit à petit de maisons légères, en bois, en torchis, en carreaux de plâtre, sans chemins, sans écoulement d'eau. C'est un camp permanent, une agglomération où les règles hygiéniques ne sont point observées ; un encombrement malsain où les maladies contagieuses naissent, se multiplient, deviennent endémiques. Là se créent, s'entretiennent des foyers de contagion !...

Il n'est pas exagéré de dire que la moitié des habitants de la banlieue sont logés dans les conditions d'insalubrité et d'hygiène les plus déplorables. Nous ne parlons pas seulement des baraques, bien entendu. Et sous prétexte de leur faire respirer le bon air, on envoie des nourrissons et des malades dans ces régions dangereuses !...

Les baraquements isolés, ou formant un petit village, dont nous venons de parler se rencontrent *partout, dans tous les coins de la banlieue*, en *nombre considérable*.

Les inconvénients de cet état de choses ne sont pas à démontrer.

Y a-t-il un remède ? Il nous semble que oui.

De simples arrêtés de prohibition ; de timides mesures de restriction, tant vis-à-vis des locataires que des propriétaires de terrains, seraient considérées comme aussi attentatoires à la liberté que des mesures énergiques, et n'apporteraient pas d'amélioration sérieuse à cette situation.

Des conditions bien étudiées et bien déterminées de construction des logements, imposées par des règlements sévères, avec sanction *vraie*, donneraient peut-être des résultats efficaces.

Il ressort de nos observations que beaucoup d'ou-

« il apparaît sans déterminer de sensations dou« loureuses et, dès le début, il a une teinte d'un « rouge vif très prononcé. Bientôt naissent des « démangeaisons, du pruritplus ou moins accu« sé selon la sensibilité des malades, et qui, en « tout cas, dure peu de temps. Puis une sensa« tion de gêne, de tension et, à la fin, de brûlure « assez caractéristique et identique à celle que « produit un véritable coup de soleil. Cette sen« sation dure quelques jours, elle est souvent « plus accusée au bout de 48 heures qu'après « 24 heures ; d'ailleurs, elle ne tarde pas à dis« paraître vers le 3e jour.

« Dans tous les cas que nous avons pu relater « et observer, ces accidents furent tous bénins ; « toutefois, à la face ils furent souvent compliqués « de troubles oculaires et déterminèrent des phé« nomènes inquiétants, voire même de la fièvre. « On conçoit d'ailleurs que, très étendu, cet éry« thème, d'origine électrique, puisse donner lieu à « des accidents analogues, souvent identiques à « ceux des brûlures étendues du premier degré. »

La brûlure du 1er degré, produite par le rayonnement de la lumière électrique, diffère complètement et par son aspect et par les phénomènes généraux qu'elle peut éveiller, des brûlures du même degré causées par action directe de l'arc électrique sur les téguments ou par les courants.

Il est difficile de donner de ces dernières une description univoque, les conditions qui accompagnent leur production variant à l'infini. Cependant, l'aspect le plus communément observé est le suivant:

Ce sont des taches de petite dimension, plus ou moins arrondies, quelquefois lenticulaires ou angulaires, de coloration grisâtre ou gris ardoisé, à bords irréguliers avec un petit liseré blanchâtre.

Leur consistance est tantôt dure et parcheminée, leur aspect est alors escharotique ; tantôt elles sont molles et dépressibles et donnent l'apparence de petites érosions superficielles.

Quelquefois, elles prennent la forme de cercles plus ou moins irréguliers, de couleur nacrée, de deux à cinq millimètres de diamètre ; on aperçoit à leur centre un point noir.

On a dit que les brûlures électriques ne s'accompagnaient jamais de phlyctènes. La vérité est qu'elles ont une apparition très tardive ; c'est seulement entre le 4e et le 5e jour de l'accident qu'elles se montrent.

Il est de règle de ne voir autour de ces brûlures aucune zone rouge de réaction inflammatoire ; elles tranchent par des limites nettes et précises sur les téguments des régions voisines.

Les brûlures profondes comprennent les brûlures de 3e, 4e et 5e degré. Leur siège et leur forme générale dépendent, comme pour les brûlures superficielles, des conditions étiologiques qui ont accompagné leur production.

Nous distinguerons deux sortes de brûlures profondes : les brûlures sèches ou à eschares, et les brûlures molles ou sans eschares. Dans les brûlures à eschares, celles-ci apparaissent d'emblée, elles sont moins parcheminées, résonnant sous le choc du stylet ; leurs bords sont nettement limités, sans qu'il y ait à leur niveau des parties brûlées à des degrés moins avancés ; il n'y a pas de zone rouge d'inflammation, autour d'elle.

Des phlyctènes peuvent se former, tardivement, vers le 4e jour ; elles contiennent un liquide plus ou moins sanguinolent.

Il faut remarquer que, dans les brûlures à eschares, tout le désordre n'existe que dès le 1er jour. En effet, la peau sur laquelle s'élèvent les phlyctènes, en apparence intacte, pendant les premiers jours, va se décoller à mesure que les phlyctènes crèvent, se vident et se flétrissent. Ce

---

vriers préfèrent leur maisonnette isolée, au logement habituel d'une maison à étages. Cela fait penser aux habitations à bon marché et aux cités ouvrières ; mais celles-ci suppriment la liberté et l'initiative, et il ne faut pas oublier que l'ouvrier préférera toujours s'installer à sa guise plutôt que d'être obligé de s'accommoder d'un endroit qu'il n'aura pas choisi lui-même. — Ce qu'il faudrait, c'est que la fantaisie de l'ouvrier ne soit pas contraire à l'hygiène et nuisible aux autres. — Nous avouons que c'est demander la suppression des huttes.

En résumé, il nous semble que des commissions de salubrité, ayant des attributions vraies et étendues, s'appuyant sur des règlements précis, ayant une sanction rapide et sûre, seraient la sauvegarde la plus certaine de l'hygiène de l'habitation. C'est une honte pour notre siècle, de voir nos semblables habiter des cabanes où, des Troglodytes n'oseraient entrer, de voir l'homme qui se dit civilisé plus mal abrité que le sauvage des contrées les plus mystérieuses de l'Afrique !

Qui empêche donc l'intervention administrative, dans cette question ? La crainte de blesser la liberté individuelle ? Cela revient *alors* à tolérer la liberté de la maladie, la contagion pour tous, c'est-à-dire qu'il ne faut pas arrêter le bras du forcené ou du fou inconscient, sous prétexte que ce serait porter atteinte à leur liberté !

Cette timidité, nous le savons, a déjà empêché, jusqu'ici, l'obligation de la vaccination, l'obligation *réelle* d'aller à l'école, l'obligation de voter, l'obligation de la désinfection dans les maladies contagieuses, quand il y a l'obligation de la déclaration de ces mêmes maladies, — lettre morte parce qu'on a mis la charrue avant les bœufs !

Il serait temps de réagir contre cette crainte, sinon il devient impossible de faire de l'hygiène publique.

La question financière, il est vrai, est aussi, dans l'état administratif, un empêchement à la réalisation des mesures de salubrité du logement. — Aujourd'hui, les commissions de logement insalubres indiquent au propriétaire les mesures qu'il doit prendre pour assainir la maison qu'il loue aux autres. Le propriétaire d'une maison insalubre est d'abord prévenu administrativement, puis mis en demeure, sommé ; mais il peut rester indifférent aux menaces. Dans ce cas, et dans un délai donné, les travaux doivent être faits par les communes aux frais du propriétaire. Comme souvent, il n'y a pas recours suffisant contre lui, la question devient importante, assurément, au point de vue financier, et peut devenir onéreuse pour les communes. — Si, comme nous le disions plus haut, on commençait par mettre des entraves à la construction même de mauvais logements et d'habitations insalubres, la question serait simplifiée, et pourrait, à notre avis, être résolue.

Commençons donc, pour arriver au but, par nous habituer à considérer l'intérêt général avant l'intérêt particulier, c'est là le nœud de la question. Sur ce terrain solide il n'y a pas à redouter de blesser la liberté individuelle,

Mais que de chemin à faire !

Dr S. C.

décollement de la peau est suivi immédiatement de sa chute, tandis que l'eschare ne tombe que très tardivement, quelquefois plusieurs mois seulement après l'accident.

Quant aux brûlures sans eschares, elles sont en général des plaies faites comme à l'emporte-pièce ; elles présentent souvent l'aspect de tissus excisés comme au bistouri ou comme enlevés à la curette. Les bords de ces pertes de substance, nettement découpés, portent un petit liseré blanchâtre, mais jamais on n'y constate une zone rouge de réaction inflammatoire. Il n'y a donc pas eu autour de la plaie, une action destructive, progressivement moins intense, du centre de la brûlure à sa périphérie.

Les brûlures électriques atteignent fréquemment les os des doigts. On observe alors que les phalanges sont atteintes de différentes façons : tantôt c'est une carbonisation complète qui a détruit l'os, ne laissant dans la plaie dure et sèche que des débris osseux enchâssés dans des tissus noircis ; d'autres fois la phalange est perforée de part en part, d'une face à l'autre par l'arc électrique qui a créé un canal à travers les parties molles et osseuses. Il nous reste, après l'exposé de ces signes objectifs, à décrire les symptômes généraux en 3 périodes :

1° Une période de douleur.
2° Une période de réaction inflammatoire.
3° Une période de suppuration.

1° Période de douleur.

Si accentuée dans les brûlures ordinaires, elle est nulle dans les brûlures électriques, à quelque degré qu'elles appartiennent. Cette absence de douleur existe, non seulement au moment de sa production, mais encore pendant toute la durée de leur cicatrisation jusqu'à la guérison.

Cependant on a noté dans quelque cas une sensation douloureuse au moment de l'accident, surtout dans les cas produits par des tensions peu élevées ; mais elle ne dure pas, et d'une façon générale, il reste vrai que les brûlures électriques sont indolores. Cela est si vrai que, si la victime a perdu connaissance, elle est très étonnée de *voir* les brûlures, dont elle est atteinte et qu'elle *ne sent pas*.

2° Période de réaction inflammatoire.

Elle est constante dans les brûlures ordinaires ; au delà du 2e degré elle n'existe pas dans les brûlures électriques. Les brûlés par l'électricité n'ont jamais de fièvre, ni aussitôt après l'accident, ni pendant le cours de la cicatrisation.

3° Période de suppuration.

Constante avant les pansements antiseptiques, il semble aujourd'hui qu'elle ne soit plus fatale, bien que difficile à éviter dans les brûlures ordinaires. Quoi qu'il en soit, les plaies électriques semblent échapper dans la majorité des cas à la suppuration ; elles seraient *aseptiques*. Lorsque l'eschare se soulève, l'épiderme sous-jacent et nouveau se montre luisant et rouge et reste ainsi pendant plusieurs jours ; puis toute trace de brûlure disparaît et ce n'est qu'en y regardant de très près, qu'on découvre une petite cicatrice arrondie un peu déprimée à son centre ; sur les brûlures du 2e degré ; les phlyctènes se dessèchent sans réaction inflammatoire et au bout de quelques jours, l'épiderme sec tombe sous forme de petites squames fines.

Quand il existe une eschare profonde, le travail d'élimination se fait avec une lenteur extrême ; mais pas trace de pus ou de liquide louche.

De sorte que, si dans quelques rares observations, on a noté de la suppuration, celle-ci a été un véritable accident, une complication secondaire. Elle n'est d'ailleurs jamais intense.

Il semble que, si les plaies électriques sont inoculables comme les plaies de toute nature, elles n'offrent pas un terrain favorable à l'infection.

On pourrait, peut-être, pour expliquer ce fait, invoquer l'action antiseptique de l'arc électrique, dont la température est très élevée, puisque celle de l'étincelle électrique atteint plusieurs miliers de degrés ; que cette brûlure vienne à être immédiatement protégée par un pansement antiseptique ou même aseptique, elle évoluera comme toute autre plaie aseptique. Le flambage des plaies de M. Felizet est un exemple de brûlure aseptique que l'on peut rapprocher de la brûlure électrique. Il résulte aussi, de ce qui précède, que les brûlures électriques peuvent fournir un argument sérieux à la thèse de Mme Wilbouchewitch qui se refuse à voir, dans la suppuration des brûlures, autre chose qu'une complication secondaire.

En dehors des signes que nous avons relatés, on a constaté souvent de l'atrophie musculaire dans le voisinage des brûlures et des troubles vaso-moteurs, tels que du refroidissement local et de l'exagération de la sécrétion des glandes sudoripares.

On conçoit d'après les caractères des brûlures électriques combien les complications doivent être rares. Nous n'insisterons pas davantage sur le diagnostic, qui se fera surtout en tenant compte des commémoratifs.

Quant au pronostic, il varie avec le siège et le degré de profondeur de la brûlure. Leur étendue, habituellement limitée, supprime ce facteur de gravité, si important pour les brûlures causées par les agents ordinaires.

Le traitement des brûlures électriques ne diffère pas de celui des brûlures par les agents ordinaires. Ici cependant les topiques analgésiques sont inutiles. Il suffira de protéger la plaie par un pansement faiblement antiseptique ou même aseptique, pourvu qu'il soit appliqué dès la production de la brûlure et rigoureusement maintenu jusqu'à cicatrisation. On attendra la chute des eschares. Quant aux interventions opératoires, elles se posent ici comme dans les brûlures ordinaires.

Nous résumerons, brièvement, les conclusions de ce petit chapitre de pathologie externe par les considérations suivantes :

Qu'elle soit superficielle ou profonde, la brûlure électrique est, dans toute son étendue du même degré, sans qu'il y ait sur ses bords des brûlures progressivement moins profondes. Ces brûlures se caractérisent :

1° Par l'absence de douleur.

2° Par l'absence de réaction locale ou générale de l'organisme.

3° Par le défaut de suppuration, si on les protège dès le moment de leur production par un pansement antiseptique, car elles semblent être aseptiques.

4° Par la rapidité de leur cicatrisation.

5° Par l'absence de complications.

Les recherches anatomo-pathologiques n'ont pas révélé jusqu'à présent des caractères anatomiques microscopiques propres aux brûlures électriques pouvant les distinguer des lésions produites par les agents ordinaires des brûlures.

A. Pascal,
interne des hôp. de Paris.

CLINIQUE MÉDICALE

La phtisie pulmonaire à la mer,

Par le Dr G. Houzel, de Boulogne-sur-Mer,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris (1).

La question posée par le Congrès demande à être étudiée en détail, car il est impossible d'y répondre d'une manière absolue. D'une façon générale, on ne doit pas envoyer *les malades* phtisiques à la mer; c'est-à-dire qu'il convient d'établir des catégories, ce qui peut être utile aux uns pouvant donner un terrible coup de fouet à ceux pour lesquels l'indication n'est pas nettement posée.

Avant d'entrer en matière, je voudrais dire un mot de pathologie générale, afin d'éclairer mon sujet et de vous faire mieux saisir mes conclusions.

D'après les dernières découvertes et les tendances actuelles, tuberculose et en particulier phtisie équivalant à bacille de Koch, il semblerait que la question se résume en une simple équation que peuvent toujours et facilement résoudre, le laboratoire et le microscope. Ne sommes-nous pas entraînés à être un peu trop simplistes et cette manière de voir s'accorde-t-elle toujours avec la clinique et la pathologie générale ? Loin de moi la pensée de faire un procès aux admirables découvertes de Pasteur et de ses élèves, dont les travaux ont métamorphosé la médecine; nul ne les admire plus que moi ; mais nous autres médecins, n'en avons-nous pas un peu forcé les déductions, et séduits par la facilité du problème ainsi posé, n'avons-nous pas été amenés à mettre au second plan le malade, pour ne plus songer qu'au bacille ?

Cependant le malade a bien quelques droits à ce qu'on s'occupe de lui.

La tuberculose est une, son auteur est le bacille, d'accord ; mais encore y a-t-il bacille et bacille, et peut-il y avoir des nuances selon le terrain où il évolue. Le bacille est toujours identique à lui-même dans les laboratoires ; inoculé, il produit toujours la tuberculose ; et cependant, en clinique, nous sommes habitués à lui voir produire des effets variés qui, s'ils sont semblables dans leur but : la destruction du sujet dévoré par le parasite, sont souvent irréguliers, dissemblables dans leur marche, et partant, réclament une thérapeutique différente. Tel sujet sera emporté en quelques mois, en quelques jours par des lésions relativement minimes, alors que tel autre résistera des mois, des années, avec de vastes cavernes ayant presque complètement remplacé son tissu pulmonaire. Affaire de résistance individuelle, de soins, dira-t-on ; peut-être ; mais il n'est pas déraisonnable de penser qu'il peut encore y avoir d'autres causes.

Ne peut-on pas supposer que le bacille isolé, à la condition de ne pas avoir pour adversaire un terrain par trop miné, ne serait doué que d'une virulence relative, et qu'il lui faudrait du temps, beaucoup de temps pour venir à bout d'une économie tant soit peu défendue ? Nous aurions alors la phtisie lente, souvent torpide, je dirais volontiers la phtisie scrofuleuse, si la scrofule était encore de mise. Mais que le bacille appelle à son aide plusieurs microbes, cette association de forbans aura bien vite fait de terrasser le lutteur le plus vaillant. Nous aurions dans ce cas la phtisie rapide ou même la forme galopante. Hypothèse peut-être, c'est vrai ; en tout cas, elle est séduisante et la thérapeutique pourrait en tirer des enseignements, précieux pour le problème qui nous est posé. Le bacille de Koch n'est pas, à lui seul, toute la phtisie, il en est la cause visible et l'élément principal ; mais il y a encore d'autres facteurs dans le problème et on ne peut les négliger sous peine de s'exposer à trouver une solution mauvaise.

Pour rentrer dans mon sujet, je ne m'occuperai que des observations que j'ai faites sur le littoral de la Manche et plus particulièrement du Pas-de-Calais, laissant à d'autres le soin de nous parler de ce qui se passe sur les plages de l'Ouest ou du Midi. Dans une semblable question, on ne saurait poser de règles absolues, le choix de la plage a une grande importance; il est donc préférable de ne parler que de ce qu'on a vu et constaté.

Si la mer a des indications, elle a aussi ses contre-indications nombreuses et très nettes ; c'est par là que je voudrais commencer.

Les fébricitants, les phtisiques à forme éréthique, ceux qui sont sujets aux hémoptysies, qui ont des cavernes notables, les nerveux, les arthritiques, doivent fuir la mer; l'excitation qu'elle leur donnerait ne pourrait que leur être fatale.

Restent les phtisiques à marche torpide, que je dirai, si vous le permettez, atteints de phtisie scrofuleuse ; ceux-là, à la condition de n'en être encore qu'au premier degré, auront grand avantage à venir à la mer qui peut les guérir.

Dans ces dernières années, on a compris combien l'aérothérapie était importante dans la cure de la phtisie ; un peu partout, en Allemagne en particulier, on traite les poitrinaires par l'exposition au grand air, quelle que soit la rigueur de la saison. Cette méthode a pour but de faire respirer au malade une plus grande quantité d'air pur, de l'engorger, de réaliser, pour le poumon, ce que le professeur Debove a fait pour l'estomac : d'amener une véritable suralimentation gazeuse. Beaucoup de microbes reduisent l'oxygène et, de toute manière, cette suroxygénation du sang, réveillant l'intensité de tous les phénomènes vitaux, ne peut qu'aider l'économie à triompher de son ennemi, à la condition, comme nous l'avons établi, que les malades soient des lymphatiques, des scrofuleux et non des excitables.

Et où trouverez-vous de meilleures conditions qu'au bord de la mer, où pouvez-vous offrir à vos malades un air qui n'ait pas encore été respiré, qui renferme de l'ozone et qui est vierge de toute poussière, des mille produits de décomposition incessamment versés dans l'atmosphère des continents, par les hommes, les animaux, les plantes, les industries, etc...., etc ? Comme le dit le professeur Arnoult : « Cette virginité lui donne précisément la salubrité et la puissance vivifiante que l'air de nos villes a perdues ; pas n'est besoin de songer aux effluves des varechs, aux senteurs d'iode et de brome, ni même à l'imprégnation de l'air par le sel ; l'air venu du large est de qualité supérieure ; avec cela, mais sans cela et à titre d'air pur, il est capable d'opérer des merveilles, car c'est bien la chose la plus rare du monde dans la consommation ordinaire des grandes villes. »

J'ai soigné un architecte de 34 ans qui, en pleine campagne dans une filature avait contracté une phtisie scrofuleuse à marche torpide.

Ses occupations l'ayant appelé au bord de la mer, il y passa dix ans, hiver comme été, dehors par tous les temps, et tous les phénomènes stéthoscopiques qu'il présentait disparurent; il prit de l'embonpoint et put se livrer à des travaux très fatigants sans faiblir un seul jour.

Ses affaires l'ayant fait habiter Paris, au bout de trois années il retomba malade et ne tarda pas à être emporté par la phtisie. Je ne doute pas que si,

(1) Communication faite au IIe Congrès de Thalassothérapie ; Ostende, du 27 au 31 août 1895.

averti par l'expérience, il fut revenu sur les bords de la mer, il y eut trouvé, comme la première fois, la guérison ou tout au moins une survie prolongée.

Au bord de la mer, l'air n'est pas seul à profiter aux phtisiques ; par suite de sa pureté, il permet une plus grande diffusion de la lumière qui y est beaucoup plus intense que sur les continents, comme nous l'a démontré notre éminent président, le docteur Casse, dans un mémoire sur l'atmosphère marine. Je ne sache pas qu'il y ait d'agents plus actifs, pour augmenter l'intensité de la vie, que l'air pur de la mer et la lumière solaire. Tous les médecins s'étant occupés de la question sont unanimes à constater combien la privation d'air pur et de lumière solaire, sont des facteurs puissants dans l'éclosion de la maladie que nous étudions. Pour vous convaincre de l'influence de la lumière sur l'évolution des corps, laissez-moi vous citer les expériences de W. Edwards (1) ; il mét des œufs de grenouille dans deux vases d'eau à la même température. L'un est entouré de papier noir, l'autre reçoit les rayons solaires. Aucun œuf ne vient à bien dans le premier, tandis que tous les œufs éclosent dans le second. Sur les têtards, il a observé un effet non moins probant. Ceux qui sont exposés à la lumière se transforment en animaux parfaits, en grenouilles, ceux qui en sont privés vivent, augmentent de poids, mais restent toujours têtards et n'arrivent jamais à l'état parfait.

Les caractéristiques de l'air marin : pureté et lumière, augmentent l'intensité de la vie, aident à la guérison des phtisies scrofuleuses, torpides, entées sur des corps mous, à la condition qu'elles ne soient pas arrivées à la période ulcérative.

Les médecins de l'île *Norderney* et des petites îles de la mer du Nord, exaltent le climat marin de leur pays pour guérir la phtisie. « J'ai eu plusieurs fois l'occasion de me convaincre, dit le docteur Fromm (2), que des personnes au début de la phtisie, qui restèrent quelques années dans l'île, repartirent guéries. La plupart des malades ne peuvent rester aussi longtemps au bord de la mer, mais on obtient déjà de brillants résultats par le séjour pendant l'été ou même pendant quelques semaines. J'ai vu des malades avec des catarrhes récents des poumons, en être débarrassés après un mois environ. » Voici maintenant l'opinion de Cazin (3). « La forme torpide (de la phtisie) s'en trouve au contraire souvent très bien. Fréquemment à l'hôpital de Berck-sur-Mer, j'ai été témoin du fait suivant : à l'arrivée, certains enfants présentaient des lésions des organes respiratoires, qui s'étaient probablement développés entre l'époque de l'inscription et le départ, et qui avaient passé inaperçues. On se proposait de renvoyer l'enfant dans le prochain convoi, mais au moment d'exécuter cette décision, un nouvel examen le faisait modifier ; on le conservait sous réserve et l'on voyait le petit malade se relever peu à peu ; l'appétit se développer, les forces renaître, l'embonpoint s'accuser, les chairs se colorer ; en même temps la toux diminuait et les lésions locales restaient silencieuses ou même rétrocédaient manifestement. »

Cela corrobore ce que je vous disais. Le traitement marin étant par-dessus tout excitant et reconstituant, il ne faut lui soumettre que les cas de phtisie scrofuleuse non ulcérée dans lesquels, en relevant l'état général, on a chance de mettre l'économie en état de se défendre et de triompher de son ennemi. Il serait imprudent d'y envoyer des fébricitants ou des poumons forcés ou ulcérés ; le coup de fouet donné par la mer profiterait au mal plus encore qu'au malade. Dans cet état particulier, les phtisiques sont semblables à des édifices en équilibre instable ; ils ne peuvent continuer à vivre que dans un calme absolu ; étayons-les, gardons-nous d'y toucher, la plus petite secousse pouvant les mettre par terre.

Le savant médecin des enfants, le docteur J. Simon, exprime le même avis (1) : « Vous savez déjà que les affections des voies respiratoires ont en général peu à gagner au bord de la mer. Si j'ai eu soin de vous avertir de l'interdiction qui frappe les affections de la muqueuse des bronches et des poumons, je me suis empressé de vous affirmer que certaines lésions et catarrhes, d'origine scrofuleuse, s'amélioraient à l'aide de quelques précautions nécessaires... Quand une bronchite n'est pas compliquée de congestion et de dilatation bronchique, quand le poumon n'est point forcé, conserve toute son élasticité, la contre-indication n'est pas absolue. Comme je vous le disais il y a un instant, on peut voir même certains phtisiques apyrétiques se trouver fort bien au bord de la mer. »

Une certaine catégorie de phtisiques a donc intérêt à venir à la mer ; encore faut-il déterminer l'époque de l'année qu'ils doivent choisir, et la manière dont ils doivent user du traitement marin.

Les changements brusques de température et les vents violents sont à redouter dans toutes les affections pulmonaires ; il convient donc de choisir une plage bien ensoleillée, défendue par des collines des vents froids, et en particulier de ceux qui soufflent du Nord et de l'Est. La brise venant de la mer est tiède et bienfaisante, celle qui vient de la terre est à redouter ; aussi l'idéal serait-il de vivre sur une plage entourée complètement de collines du côté de la terre, afin de n'y pouvoir respirer que de l'air venant du large. Il ne faut donc pas penser à conserver les phtisiques chez nous pendant l'hiver, notre climat est trop froid, trop humide. Pendant quatorze ans, je fus chargé d'un service important de scrofuleux à Berck-sur-Mer et à Groffliers. Dans chacune de ces localités, le département de la Seine avait deux maisons pouvant contenir chacune une centaine de malades, les garçons à Berck, les filles à Groffliers ; et les enfants y restant jusqu'à la guérison complète y séjournaient souvent plusieurs années. La plupart ne guérissaient qu'après des péripéties nombreuses et des rechutes fréquentes. Or j'ai remarqué que quand il y avait des rechutes ou de nouvelles manifestations tuberculeuses qui apparaissaient, c'était toujours de novembre à mai. Pendant le printemps, l'été surtout, et une partie de l'automne, ils s'amélioraient au point qu'on croyait toucher à la guérison ; avec l'hiver revenaient des récidives. Il est bon cependant de remarquer que c'est pendant les mois d'été qu'ils étaient le plus complètement soumis au traitement marin : air, lumière et bains, tandis que pendant les courtes et froides journées de l'hiver ils étaient privés des bains et de la vie prolongée en plein air ; cela est à considérer et ne devait pas rester étranger aux résultats observés.

Si bien que la pierre de touche de la guérison était l'hiver. Quand un de ces enfants passait les mois froids de l'année sans nouvelle manifestation tuberculeuse, la guérison était complète et durable.

Dans ces conditions, il est préférable que les poitrinaires, recherchant l'hiver des plages où le climat soit plus doux, émigrent dans l'Ouest ou le Midi. Notre part est encore assez belle, puisque nous disposons de cinq à six mois où nous pouvons leur offrir des conditions de guérison qu'ils ne rencontreraient nulle part ailleurs.

Il est un juste milieu en tout; je ne voudrais pas, comme les Allemands, prétendre que le climat de choix pour les phtisiques se trouve hiver comme été, dans les îles de la mer du Nord, ni, comme le Docteur Delaunay (2), que la phtisie est une maladie des pays chauds ; le Midi à ses indications, que je suis le premier à reconnaître. Il est cependant

(1) W. Edwards. De l'influence des effets physiques sur la vie. Paris, page 400 et passim.
(2) Fromm. Ueber die Bedeutung, etc.
(3) Cazin. De l'influence des bains de mer sur la scrofule. Page 359.

(1) *Concours Médical*, 1882, page 409.
(2) Association française pour l'avancement des sciences, session de Reims, page 1021.

permis de remarquer que dans la Norwège septentrionale la phtisie est rare, au point que le Docteur Martin a pu écrire (1) : « Je ne me rappelle pas avoir vu un seul phtisique dans le Finmarck, et tous les médecins de la Scandinavie sont d'accord pour affirmer que cette maladie devient d'autant moins commune qu'on s'avance vers le Nord », et que, d'un autre côté (2), d'après les rapports annuels des médecins anglais, le séjour dans les tropiques des soldats tuberculeux leur est funeste, pendant les fortes chaleurs ; cela s'observe, non seulement pour l'armée des Indes, mais encore pour les garnisons de Malte et de Gibraltar ; d'où l'usage, qui existe maintenant, de renvoyer dans leur patrie les soldats phtisiques à l'approche de l'été. Il en est de même de l'armée française en Afrique. Drudias, qui a exercé pendant 25 ans à Bahia, dans le Brésil, y recevait constamment des phtisiques envoyés d'Europe comme étant un des climats les plus propres à la guérison de leur maladie. Ces malades empiraient tous et mouraient invariablement beaucoup plus vite que s'ils fussent restés chez eux. Les cliniques de Peter contiennent de nombreux documents, empruntés à des médecins d'autres pays, et qui déposent dans le même sens. Les hautes températures sont donc autant sinon plus nuisibles que les basses températures pour les poitrinaires. »

Un des facteurs les plus puissants du traitement marin est l'exposition prolongée à l'air de la plage. Il ne saurait y avoir de contestation sur ce point ; les phtisiques pour lesquels la mer est indiquée, devront respirer l'air marin le plus longtemps possible en vivant le jour au bord de la mer et la nuit dans une habitation située tout contre la plage, afin de donner sans cesse à leurs poumons un air vierge et pur, et de ne pas ruminer, s'il était permis de parler ainsi, celui qui a été déjà contaminé par les hommes. Rappelons-nous la parole de Jean-Jacques Rousseau : l'haleine de l'homme est mortelle pour l'homme au moral comme au physique.

Mais devons-nous autoriser ou encourager les bains ? Assurément oui, avec certaines précautions, nous souvenant de cette maxime de Schœnbein : « Le traitement de la phtisie doit commencer par la peau. »

Après s'être acclimaté à la plage pendant un certain temps, avoir tâté sa susceptibilité par quelques bains de mer chauds, le malade ne doit pas craindre d'affronter le bain à la lame en choisissant, toutefois, son jour et son heure, afin de ne pas s'exposer à un choc trop brutal. Par les chaudes journées de juillet et d'août, les phtisiques, dans les conditions déterminées plus haut, peuvent et doivent prendre des bains, une vingtaine en tout, à moins que la saison étant particulièrement chaude n'en permette davantage. J'ai vu beaucoup de poitrinaires suivre cette pratique et s'en trouver bien. En arrivant au bord de la mer, l'air salin donne à toute l'économie, à toutes les fonctions, une excitation très manifeste. Au bout d'un certain temps, l'acclimatement survenant, l'intensité de vie imprimée par l'air marin semble se ralentir, c'est le moment de prendre des bains, assez espacés pour ne pas être fatigants, assez tempérés pour ne pas provoquer une réaction excessive.

Comme conclusion : envoyez à la mer les phtisies scrofuleuses non encore ulcérées ; elle vous les rendra améliorées et souvent même guéries.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Assistance médicale gratuite.

La question de l'organisation du service, dans les divers départements, reste toujours à l'ordre du jour et nous recevons, chaque semaine, les doléances de nos confrères qui réclament contre telle ou telle disposition du règlement.

Nous soumettons ces communications aux personnes qui peuvent nous aider à obtenir les modifications légitimes, et nous sommes heureux de pouvoir aujourd'hui donner la réponse faite à une lettre du Dr Poussié, d'Onzain (Loir-et-Cher).

Voici la lettre du Dr Poussié :

Mon cher Directeur,

Je viens d'envoyer, à la Préfecture, le dossier relatif à l'Assistance médicale gratuite. Il est probable qu'on me le renverra, pour quelque paperasse manquante : c'est l'usage.

Cette loi de l'Assistance médicale gratuite est appelée, si elle n'est remaniée, à tomber en désuétude rapidement, car dans son application, dans mon département, elle semble un défi au corps médical. Vous allez en juger.

Le Conseil général, appelé à délibérer, n'a pas cru devoir consulter le corps médical : il a voté des fonds, fixé des tarifs. Les médecins ont réclamé, protesté et une délégation a été chargée de présenter à qui de droit les cahiers des doléances. Après avoir peiné, paraît-il, MM. les membres de la commission nommée *ad hoc* ont élaboré le tarif suivant : 1 fr. par visite ou consultation, 2 fr. la nuit, 0.50 par kilomètre sans retour, à *partir de la limite de la commune de la résidence du médecin.*

Voilà le traquenard. — Je porte sur un mémoire, un assisté qui demeure à 7 kilom. de ma résidence, bien que dans ma commune. — Celle-ci a plus de 10 kilom. d'étendue. — J'ai réclamé l'indemnité de distance. Je ne sais pas le sort que réserve à ma demande ce pot de fer qui a nom la commission de vérification, mais je suis bien décidé à démissionner, si l'on m'applique les rigueurs de la circulaire préfectorale.

Par contre, la même commission des tarifs s'est senti des entrailles maternelles vis-à-vis des pharmaciens. Ceux-ci, (*terque quaterque beati* !), s'ils sont dérangés la nuit par le médecin, qui aura parcouru pour 2 fr. dix ou douze kilomètres, recevront 1 fr. 50 comme indemnité pour le trouble nocturne.

Ça, c'est beau, et je regretterai tout le temps qui me reste à vivre, de n'avoir pas embrassé la carrière lucrative et sédentaire du pharmacien, au lieu du métier de chien que je m'honore d'exercer depuis 25 ans, par monts et par vaux, après un père et un grand-père qui m'ont montré la voie généreuse.

On ne devine pas, voilà tout.

En somme, on devait bien ce franc cinquante au pharmacien, pour l'encourager à se réveiller tout à fait, et ne pas confondre la noix vomique avec la guimauve : c'est si facile quand on est brusquement arraché à un repos précieux : cette perspective du franc cinquante le rendra moins rébarbatif vis-à-vis du client intempestif. — Voilà une bonne et prudente mesure, presque généreuse et même un peu humanitaire.

Quant au médecin, qu'il aille se promener à l'autre bout de la commune : il aura 40 sous.

Allons, docteur, debout ! Attelle à ta voiture imposée ton cheval imposé ; fais-toi suivre, si tu veux, de ton chien imposé ; ou de ton domestique imposé ; tu payes une patente pour avoir le droit d'aller, pour 40 sous, exercer ton sacerdoce (saluez !) auprès d'un *ramasseux d'peaux d'lapin* qui, lui, ne se dérangerait pas pour un aussi maigre bénéfice.

Vous voulez la moralité de ceci ? La voici : J'ai, après mes devanciers, soigné gratis les malheureux depuis 25 ans et je me rends le doux et légitime hommage d'avoir pu faire quelque bien. Je continuerai tant que je le pourrai, dédaignant les quarante sous (vingt sous le jour) que l'Ad-mi-nis-tra-tion offre au corps médical, et qui ne représentent que mal les présents d'Artaxercès, que notre grand Hippocrate repoussa, dit l'histoire.

S'il est un moyen, par la voie de la presse, médicale

(1) Boudin. Traité de géographie et de statistique médicales, tome II, page 630.

(2) Hanot. Dictionnaire de Jaccoud, tome XXVII, page 542.

et autre, d'arriver à une honorable solution de la question, tentez-le *cito, tuto et jucunde*. En attendant, accordez un peu de compassion à tous ceux qui, comme moi, sont appelés à recevoir l'aumône officiellement votée par les Conseils généraux. Ne lisez pas généreux.

Veuillez agréer, etc....

A cette attaque un peu vive, voici ce qu'on nous répond :

Le Dr P... se plaint des conditions qui lui sont faites par le service de l'Assistance médicale gratuite et, comme nombre de nos confrères, il met, sur le compte de la loi, des griefs qui sont imputables uniquement au règlement départemental, lequel est toujours modifiable.

D'ailleurs le réglement de Loir-et-Cher a déjà, sur la demande du corps médical, été transformé dans plusieurs de ses articles et c'est précisément une de ces transformations qui fait aujourd'hui l'objet de la plainte.

Voici les faits :

L'article 19 du réglement voté le 15 août 1894 par le Conseil général, était ainsi conçu :

Le prix des visites médicales est fixé ainsi qu'il suit ; un franc par visite, plus 0 fr. 50 *par kilomètre, sans retour*, à partir du troisième kilomètre, *la distance étant comptée à partir du domicile du médecin à celui du malade.*

Dans la séance du 24 août 1895, M. Bozérian, au nom de la commission des finances, fit au Conseil général un rapport dans lequel on lit :

Par une pétition revêtue de 71 signatures, les médecins de Loir-et-Cher demandent un certain nombre de modifications au règlement de l'Assistance médicale...

Désirant reconnaître les services incontestables et incontestés que rend tout le corps médical de notre département et voulant lui donner un témoignage particulier de notre reconnaissance pour le dévouement dont il fait preuve, en toute circonstance, dans l'accomplissement de sa tâche, nous avons pensé qu'il y avait lieu d'accéder, en principe, aux diverses demandes dont nous sommes saisis et qui ne nous paraissent pas incompatibles avec les intérêts pécuniaires dont nous avons la défense.

Sur les quatre demandes formulées par les médecins trois furent accordées intégralement. Quant à la quatrième, elle est relative aux honoraires : on ne put lui donner entièrement satisfaction pour des raisons budgétaires. Toutefois, elle eut pour conséquence de faire modifier l'article 19 ci-dessus cité dans le sens que voici :

Les visites de nuit furent portées à un tarif double et le tarif kilométrique appliqué, non plus à partir du 3e kilomètre, mais *à partir des limites de la commune.*

Cette nouvelle combinaison, dit le rapporteur, pourra, suivant les cas, être avantageuse ou désavantageuse aux médecins, mais nous vous prions de remarquer que nous doublons les tarifs kilométriques pendant la nuit et que nous supprimons la clause suivant laquelle la distance est seule comptée, lorsque plusieurs visites sont faites successivement à des malades séparés les uns des autres par moins de deux kilomètres....

En résumé, vous le voyez, le corps médical a déjà obtenu une première et large satisfaction du Conseil général. Il se trouve que notre confrère le Dr Poussié pâtit au lieu de bénéficier de la modification décidée à la suite de la pétition au nom de l'Association médicale de Loir-et-Cher, et il ne me paraît pas, pour ce motif, fondé à dire que l'Administration lui tend un traquenard.

L'Administration, pas plus que la Loi, n'ont rien à faire de ces questions de détail dont le règlement incombe au seul Conseil général, corps élu sur lequel les médecins ont une grande action et par lequel, graduellement, à force de patience et de persévérance, ils ne peuvent manquer de faire adopter les réformes sérieusement utiles qu'ils attendent.

Dans l'application de la loi de 1893, l'Administration préfectorale et le corps médical ont un égal intérêt à se trouver en communauté d'idées et c'est par le Conseil général, à qui la loi donne pleins pouvoirs, que les réformes doivent être accomplies.

Nous continuerons, pour notre part, à conseiller à nos confrères l'essai loyal pendant un temps suffisant pour qu'il soit possible de bien apprécier les conséquences du règlement adopté.

Nous sommes convaincus que les résultats seront souvent meilleurs qu'à *priori* on ne le supposait — certaines confidences nous ont confirmés dans notre conviction — et que, si les résultats sont réellement défectueux, nos confrères parviendront bien à obtenir les modifications dont la valeur ne saurait être contestée.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de l'arrondissement de Joigny.

2 *octobre* 1895.

Présents : MM. Leriche, *Président* ; Truchy, Bouland, Bazot, Lesueur, Guillon, Pouillot (de Joigny), Longbois, Esménard, Jacob, Duran, Bricard, Wateau.

Se sont excusés de ne pouvoir assister à la séance et ont adhéré à l'avance aux décisions qui seraient prises : MM. Franchis, Roché (de Chainy), Fort, Guyard.

Excusés : MM. Boyer, Chamozzi, Legendre, Lepelletier, Peltier.

MM. les Drs Lesueur, *d'Aillant*, Wateau, *de Laroche*, sont nommés membres du Syndicat.

Assistance médicale gratuite.

Dans une allocution pleine de verve et nourrie de faits, le Président fait un long procès à l'organisation de l'Assistance médicale gratuite telle qu'elle est sortie des délibérations du Conseil général et expose les résultats de cette première année d'expérience. Il proteste contre l'exclusion des listes d'Assistance des Drs Leriche, Bazot et Longbois qui cependant ont accepté, comme la plupart de leurs confrères, de faire, sous les plus expresses réserves, l'essai de la loi d'Assistance et qui ont, comme par le passé, donné leurs soins à tous les indigents qui se sont adressés à eux.

Le Syndicat adopte, à l'unanimité, les termes de la lettre suivante qui sera remise à M. le Préfet de l'Yonne, par MM. les Drs Truchy et Pouillot :

Monsieur le Préfet,

Les Docteurs en médecine du Syndicat médical de l'arrondissement de Joigny, réunis en Assemblée générale, ont l'honneur de vous exposer qu'ils considèrent l'exclusion de MM. les Docteurs Bazot, Leriche et Longbois, de la liste des médecins de l'Assistance gratuite, comme non justifiée.

En conséquence, ils vous expriment le désir qu'ils ont de voir l'Administration Préfectorale réintégrer leurs noms sur la liste des médecins du service de l'Assistance et en donner avis aux communes intéressées avant le premier janvier 1896.

Faute de quoi, ils considéreront que la solidarité professionnelle leur fera un devoir de continuer à donner librement, comme par le passé, leurs soins aux indigents auprès desquels ils seront appelés, tout en conservant leur indépendance la plus absolue vis-à-vis du Règlement de l'Assistance médicale gratuite.

Ils ont l'honneur d'être, Monsieur le Préfet, vos respectueux administrés.

Le Syndicat décide qu'à cette lettre sera joint le rapport présenté sur la question par M. le Docteur Bazot et dont les conclusions sont adoptées à l'unanimité.

Voici ce rapport :

Les docteurs en médecine du Syndicat médical de l'Arrondissement de Joigny, réunis en Assemblée Générale, justement émus, d'une part, de l'exclusion arbitraire de trois de leurs confrères de la liste des médecins ayant accepté (avec ou sans réserves) de faire le service de l'assistance aux indigents, croient devoir porter le fait à la connaissance des médecins membres du conseil général ou de la commission d'assistance en les priant de tâcher de faire cesser cette espèce d'ostracisme à partir du 1er janvier 1896 et d'éviter ainsi que, dans le cas contraire, tous les médecins syndiqués de l'arrondissement de Joigny se rangent d'eux-mêmes, solidairement, dans la même exclusion, tout en continuant à donner librement, comme par le passé, leurs soins aux indigents auprès desquels ils seront appelés ;

Désireux, d'autre part, d'aider l'administration dans la tâche humanitaire qu'elle a entreprise et nullement de lui créer des difficultés par esprit d'opposition ils viennent soumettre le résultat de leur expérience de la loi du 15 juillet 1893, encore à l'état d'essai et y proposer les modifications suivantes :

1° Tout en reconnaissant que le système Vosgien ou Landais adopté dans les 3/4 des déparements et spécialement dans l'Yonne est celui qui paraît le mieux fonctionner, ils demandent que les médecins du service de l'assistance ou leurs délégués soient appelés, avec voix délibérative, à la confection des listes d'indigents, et qu'un exemplaire de ces listes soit adressé par les soins des maires à chaque médecin.

2° Ils réclament l'inscription individuelle de tous les membres d'une famille reconnue indigente.

3° Ils demandent que les malades en état de se déplacer viennent à la consultation du médecin muni de leur carnet, et, s'ils sont dans l'impossibilité de se déplacer à cause de la gravité du mal, que le médecin ne se transporte chez eux que sur la demande écrite du maire ou d'un membre du bureau d'assistance.

4° Ils demandent que la question des visites en général, de leur prix, du tarif des opérations et accouchements, ainsi que des médicaments, soit reprise de nouveau, par exemple à la rénnion du Comité de vérification.

5° Ils demandent que ce comité de vérification ait dans son sein plusieurs médecins de l'assistance et que l'administration les choisisse sur une liste établie par le vote de tous les médecins des indigents.

6° Ils demandenu enfin que leurs faibles honoraires leur soient tout au moins intégralement assurés, et que pour équilibrer le budget, la somme de ces honoraires soit portée au budget de l'année suivante.

— Telles sont les améliorations qu'ils voudraient voir apporter à un règlement que l'on n'a sans doute pas eu la prétention de donner comme parfait et dont les défectuosités apparaissent peu à peu par l'essai loyal que le corps médical en fait chaque jour. En s'efforçant d'y porter remède l'administration n'aura pas de meilleurs collaborateurs que les médecins pour donner aux classes indigentes les soins dont elles peuvent avoir besoin.

Adhésion à l'Union.

Le Syndicat vote son adhésion à l'Union des Syndicats médicaux.

Il vote l'achat de la collection des seize années du *Concours médical* et la continuation de l'abonnement.

Bureau.

Par aclamations l'Assemblée renouvelle ses pouvoirs pour 1896 au Conseil d'Administration sortant.

Le Secrétaire,
Dr Longbois.

REPORTAGE MÉDICAL

La *médecine par correspondance.* — La *Médecine moderne* nous apprend, par la plume de son chroniqueur, que l'Allemagne commence la guerre contre tous les charlatans qui organisent la médecine par correspondance. Nous avons un goût tellement vif pour l'imitation, qu'il nous conduira peut-être à entrer dans la même voie, au grand désespoir des intérêts de pacotille des journaux de modes, et même de quelques feuilles politiques.

— *Les étudiants étrangers.* — M. G. Berry, député, vient de déposer la proposition suivante :

Article premier. — Tout étudiant qui s'inscrira dans une Faculté des sciences pour poursuivre des études médicales, après l'obtention du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, devra avoir été reçu aux examens des baccalauréats français.

Art. 2. — Nul ne pourra se présenter au concours d'internat des hôpitaux, ni être attaché comme médecin à un service public dépendant des communes, des départements ou de l'Etat, s'il n'est Français ou naturalisé Français.

Dans l'exposé des motifs qui précède cette proposition, M. G. Berry rappelle que les étudiants étrangers ne se trouvant pas soumis aux mêmes obligations que nos compatriotes, ces derniers sont par suite en état d'infériorité préjudiciable à leurs intérêts.

— *Le décanat de la Faculté de Paris.* — Le Conseil général des Facultés, dans sa dernière séance, a dressé ainsi qu'il suit sa liste de présentations pour le décanat de la Faculté de médecine de Paris : en première ligne, M. Brouardel, doyen sortant ; en deuxième ligne, M. Potain. M. le prof. Brouardel a été nommé doyen pour une nouvelle période de trois années.

— *Le chiffre de diplômes de doctorat.* — Le tableau suivant, emprunté au *Lyon médical* nous indique le nombre de docteurs en médecine reçus pendant les deux dernières années.

Facultés.	1893-94	1894-95	
Bordeaux.........	69	110	+ 11
Lille..............	46	44	— 2
Lyon..............	124	142	+ 18
Montpellier.......	54	64	+ 10
Nancy............	22	15	— 7
Paris.............	547	537	— 10
Toulouse.........	27	57	+ 30
	919	969	

— *Le nombre des médecins en Allemagne.* — Nous empruntons, au *Scalpel*, les renseignements suivants sur la profession médicale chez nos voisins de l'Est.

En 1894, on comptait, dans l'Empire Allemand, 22,287 médecins, alors qu'en 1887 il n'en existait que 16,864, soit donc en 7 ans une augmentation de 32 % alors que la population pendant la même période n'a augmenté que de 10 %.

Les médecins abondent naturellement dans les grandes villes comme Berlin, Munich, Leipzig, etc. ; mais aussi dans les villes de garnison et surtout dans les villes universitaires : ainsi, à Tubingen, on compte une proportion énorme de médecins eu égard à la population : 32 médecins par 1,000 habitants ! alors que Hambourg n'en compte que 0,73 par 1,000 h. En 1890 (dernier recensement

général), l'Allemagne possédait en moyenne 4.50 médecins par 10,000 habitants. Cette pléthore est sans doute la cause de l'estime assez dédaigneuse dont fait montre la société allemande envers la profession médicale.

— *Une faute réparée.* — Nous avons entretenu nos lecteurs, au mois de septembre dernier, d'une maison de commerce de Liége qui, pour attirer les clients, offrait différents avantages, parmi lesquels figurait le service médical gratuit pour eux et leur famille. Un jeune médecin de la ville avait cru pouvoir traiter avec cette maison et donner les consultations-primes. C'était là une faute que l'on pouvait mettre sur le compte de l'inexpérience de ce confrère. Malheureusement, il s'entêta et repoussa les remontrances que lui firent ses collègues du Syndicat de l'Est ; ceux-ci furent donc obligés de l'exclure de leur sein.

Nous sommes heureux d'apprendre que cette triste situation vient de prendre fin. M. le Dr de M. a renoncé au rôle de médecin de la maison de commerce ; il a regretté d'avoir pu manquer à la dignité professionnelle et a demandé à être réadmis au sein du Syndicat. A l'unanimité, ses anciens collègues lui ont de nouveau ouvert leurs rangs.

Nous félicitons ceux-ci d'avoir ainsi réhabilité leur jeune confrère aux yeux de tous les praticiens soucieux du prestige de leur profession. Mais nous félicitons surtout le Dr de M. d'avoir eu le courage de reconnaître son erreur et de vouloir la réparer. Cette conduite l'honore et lui assure les sympathies de toute la corporation.

Puisse cet incident servir d'exemple aux jeunes praticiens, les décider à se défier des embûches dont sont bordées les voies de la carrière médicale, et les porter à recourir souvent aux lumières de leurs aînés et de leur syndicat.

Dr L. M.

(*Gazette médicale de Liége.*)

— *Leçons de Clinique médicale* (Hôtel-Dieu, 1894-1895), par le Dr Pierre Marie, professeur agrégé à la Faculté de médecine. 1 vol. in-8° avec 57 figures, 6 fr., G. Masson et Cie, éditeurs.

— L'Association médicale mutuelle de la Seine, qui, au 31 décembre 1895, avait en caisse 155.560 francs, possède actuellement plus de 160.000 francs. Elle compte 362 membres participants. Elle a payé, cette année, l'indemnité-maladie à 34 malades, qui se sont partagé la somme de 18.710 francs. Depuis sa fondation, qui remonte à neuf ans, l'Association a versé près de 90.000 francs d'indemnités à ses associés malades.

— *Texte du projet de loi relatif à la constitution des Universités adopté par la Chambre des députés.* — Article premier. — Les corps de Facultés institués par la loi du 28 avril 1893 prennent le nom d'Universités.

Art. 2. — Le conseil général des Facultés prend le nom de conseil de l'Université.

Art. 3. — Le conseil de l'Université est substitué au conseil académique dans le jugement des affaires contentieuses et disciplinaires relatives à l'enseignement supérieur public.

Art. 4. — A dater du 1er janvier 1898, il sera fait recette au budget de chaque Université des droits d'études, d'inscription, de bibliothèque et de travaux pratiques acquittés par les étudiants conformément aux règlements.

Les ressources provenant de ces recettes ne pourront être affectées qu'aux objets suivants : dépenses des laboratoires, bibliothèques et collections ; construction et entretien des bâtiments ; création de nouveaux enseignements ; œuvres dans l'intérêt des étudiants.

Les droits d'examen, de certificat d'aptitude, de diplôme ou de visa acquittés par les aspirants aux grades et titres prévus par les lois, ainsi que les droits de dispense et d'équivalence, continueront d'être perçus au profit du Trésor.

— *Alcoolisme héréditaire.* — M. le Pr Pellmann, de l'Université de Bonn, s'est livré à de curieuses recherches sur les ravages de l'alcoolisme héréditaire dans une famille dont il a reconstitué l'effrayante histoire. Une femme nommée Ada Jurke, née en 1740 mourut, au commencement de ce siècle, alcoolique, après avoir vécu en voleuse et vagabonde ; sa postérité compte 834 individus. On a pu reconstituer l'existence de 709 d'entre eux et voici les résultats qu'a obtenus le Pr Pellmann : 106 étaient nés en dehors du mariage, 142 mendiants, 64 pensionnaires des dépôts de mendicité, 181 femmes devinrent filles publiques et 76 individus de cette intéressante famille furent condamnés pour crimes, 7 d'entre eux pour meurtres. En 75 ans cette famille d'alcooliques a coûté à l'Etat, en secours d'indigents, entretiens dans les prisons et en dommages causés, une somme évaluée à plus de cinq millions de marks !

(*Progrès médical.*)

— La troisième session du Congrès français de Médecine doit s'ouvrir à Nancy, le 6 août 1896, sous la présidence de M. le professeur Pitres, doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Les trois questions mises à l'ordre du jour par le Congrès de Bordeaux et qui feront l'objet de rapports préalables, sont les suivantes :

1° *Pronostic des Albuminuries* ;

2° *Coagulations sanguines intra-vasculaires* ;

3° *Des applications des Sérums sanguins au traitement des maladies.*

Les communications personnelles des membres du Congrès devront être inscrites avant le 14 juillet prochain, au secrétariat général (Dr Paul Simon, 15, rue de la Ravinelle, Nancy).

Les adhésions peuvent être envoyées soit chez le secrétaire général, soit chez le trésorier (Dr Stoeber, 66, rue Stanislas, Nancy).

La cotisation de membre titulaire est fixée à 20 francs. Les étudiants en médecine peuvent être admis comme membres associés, moyennant une cotisation de 10 francs.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4.076. — M. le docteur Monferran, à Souk-Ahras (Algérie), présenté par M. le docteur Grellety, de Vichy.

N° 4.077. — M. le docteur Lacoste, de Cahors (Lot), présenté par M. le Directeur.

Le Directeur-Gérant : **A. CEZILLY.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année | N° 12 | 21 Mars 1896

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

L'exercice de la médecine par les Etrangers.

La proposition de loi de M. GEORGES BERRY *sur les études de médecine.*

Le *Concours*, les syndicats et les sociétés d'arrondissement s'occupent activement de la grosse question de la pratique de la médecine par les étrangers. De temps immémorial, nos écoles leur ont été ouvertes ; la plupart, à la fin de leurs études, retournaient chez eux, emportant de leur séjour parmi nous, avec un bagage scientifique parfois très léger, un souvenir reconnaissant de l'hospitalité reçue. Quelques-uns se fixaient en France ; il en est qui ont su escalader les hauts sommets et, suivant la filière des concours, devenir médecins des hôpitaux, agrégés, voire professeurs. Ceux là ont sollicité la naturalisation ; cette formalité était la préface obligatoire des épreuves imposées par la Faculté ou par l'Assistance publique.

Depuis quelques années, nous assistons à une véritable invasion d'étudiants exotiques ; ils viennent de tous les points cardinaux, mais plus particulièrement du Nord de l'Europe. C'est notre *grande amie*, la Russie, qui nous en fournit le plus grand nombre. Là-bas, dans le pays du Tzar, l'orthodoxie politique et religieuse est de rigueur. Malheur aux imprudents qui ne croient pas que l'absolutisme est la meilleure des Républiques ! Anathème sur les fils de Juda, demeurés fidèles à la tradition de Moïse ! Anarchistes, nihilistes ou simplement libéraux, — israélites, libres-penseurs, les Russes emplissent nos facultés. La pléthore est telle à Paris qu'il a fallu les cantonner à Nancy ou à Montpellier. Ils savent que la France est le pays le plus hospitalier du monde et que non seulement, nos écoles et nos laboratoires leur sont largement ouverts, mais que le diplôme délivré par la Faculté leur permettra de s'installer parmi nous et de faire librement concurrence aux médecins indigènes.

C'est de Paris qu'est parti le cri d'alarme ; c'est là, en effet, que la concurrence est la plus certaine et la plus visible. Nous ignorons si les chiffres donnés par des statisticiens autorisés sont exacts ; mais il est indéniable que la proportion des praticiens étrangers est supérieure aujourd'hui à celle de quelques années en arrière. Bien mieux, l'invasion a dépassé les limites de l'octroi et s'est répandue en province. Les médecins sont désormais obligés de réclamer, comme les commerçants et les industriels, des mesures protectrices.

Un député de Paris, M. Georges Berry, s'est fait l'écho de leurs plaintes. Il vient de saisir la Chambre d'une proposition de loi relative aux études de médecine ; elle comprend deux articles :

Article premier.

Tout étudiant, qui s'inscrira dans une faculté des sciences, pour poursuivre des études médicales, après l'obtention du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, devra avoir été reçu aux examens du baccalauréat français.

Article 2.

Nul ne pourra se présenter au concours de l'Internat des hôpitaux, ni être attaché comme médecin à un service public dépendant des communes, des départements ou de l'Etat, s'il n'est Français ou naturalisé Français.

Nous ne voudrions pas chercher querelle à M. Georges Berry ; ses intentions sont excellentes, mais il nous semble être allé un peu loin. Exiger de tout étudiant, des étrangers comme des nationaux, le baccalauréat, avant de poursuivre le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, c'est interdire l'enseignement de nos Facultés à la plupart des étrangers. Certes, les arguments en faveur de cette thèse ne manqueront pas. On sait l'accueil fait, en dehors de nos frontières, à nos médecins les plus éminents ; on citera le cas de Charcot, installé pour deux mois à Saint-Sébastien ; sa mai-

son fut bientôt occupée par une foule de malades. La police l'informa que, pour exercer sa profession, même à titre temporaire, il devait conquérir un diplôme devant une Faculté espagnole. A Bruxelles, même obligation est faite à M. B..., médecin de notre ambassadeur. Un Alsacien, le Dr K..., désireux de rentrer dans son pays, sollicite l'autorisation d'utiliser le diplôme que lui a confié la Faculté de Paris. Il est mis en demeure : 1° de se faire naturaliser allemand ; 2° d'accomplir trois ans de service militaire ; 3° de suivre les cours d'une Université allemande et d'y conquérir un diplôme de docteur.

Faut-il appliquer aux étrangers la peine du talion? A notre avis, une distinction s'impose. Il faut distinguer entre la faculté de poursuivre les études de médecine et le droit de pratiquer en France : ce sont là deux choses essentiellement différentes.

Notre pays ne peut renoncer à sa vieille hospitalité ; il ne doit pas fermer aux étrangers ses établissements d'enseignement supérieur. Qu'il les accueille sans restriction ; l'intérêt national le commande ; ils seront plus tard, volontairement ou inconsciemment, les agents de l'expansion française au dehors.

L'adoption du projet Berry aurait pour résultat l'éviction de presque tous les étudiants étrangers, par la suppression des équivalences ; il est douteux que la Chambre le suive sur ce terrain ; il aura contre lui les représentants officiels du haut enseignement, désireux de maintenir la clientèle, de plus en plus nombreuse, venue des pays lointains pour recueillir les leçons de nos maîtres.

Le vote récent de la loi sur les Universités nous laisse entrevoir une solution des plus satisfaisantes de la question des étrangers. Comme par le passé, ils pourront suivre les cours des Facultés et prendre des inscriptions en profitant des équivalences aujourd'hui admises. A la fin de leurs études, ils recevront un diplôme scientifique, qui ne leur permettra pas d'exercer en France. A l'Etat, représenté par le Ministre de l'Instruction publique, appartiendra seul le droit de délivrer un diplôme de docteur donnant la liberté de pratiquer la médecine. Il y aurait donc désormais deux sortes de diplômes : l'un, scientifique, délivré par les Universités à tous les étudiants, français ou étrangers, *munis du baccalauréat ou des titres équivalents* ; l'autre, diplôme d'Etat, conférant seul le droit d'exercer, accordé aux étudiants, *français ou étrangers, pourvus du baccalauréat*. Ce double diplôme existe en Allemagne ; nous sommes autorisés à déclarer que cette innovation est prochaine ; elle nous semble pouvoir être établie par un règlement d'administration publique, sans qu'il soit nécessaire de mettre en mouvement la machine parlementaire. Sur un point, cependant, l'intervention du législateur nous paraît utile : encore est-elle subordonnée aux termes mêmes du règlement d'administration ; s'il prêtait à l'équivoque quant à l'interdiction absolue de conférer le diplôme d'Etat à tout étudiant, qui n'aurait pas subi avec succès les examens du baccalauréat, il serait urgent d'inscrire dans la loi sur l'Exercice de la médecine, remaniée et mise au point, la défense absolue aux ministres de l'avenir, de considérer les certificats d'études secondaires conquis à l'étranger comme tenant lieu du baccalauréat.

L'article 2 de la proposition Berry ne soulève pas de critiques. Le concours de l'internat qui est souvent le premier échelon de grades plus élevés, doit être réservé aux seuls nationaux.

De même, les services publics dépendant de l'Etat, des départements et des communes, ou fonctionnant sous leur contrôle, ne doivent pas être confiés à des médecins non naturalisés. Il est même permis de rechercher si cette condition est suffisante. La naturalisation peut avoir lieu après l'obtention du diplôme, l'intéressé ayant ainsi échappé aux obligations militaires de son pays d'origine et à celles de sa nouvelle patrie. Ce serait, sans doute, se montrer plus royaliste que le roi, si la première des conditions pour être attaché à un service public, était d'avoir, au préalable, obéi à toutes les prescriptions de la loi militaire.

Dr Ad. Pédebidou (de Cauterets),
Député des Hautes-Pyrénées.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les abcès périnéphrétiques.

L'affection, relativement rare, qu'on décrit sous le nom d'abcès périnéphrétique, depuis Rayer, est d'un diagnostic assez ardu, au début surtout, pour qu'il ne nous paraisse pas inutile d'y revenir de temps en temps et de le rafraîchir dans la mémoire des praticiens. M. le Dr *J. Chauvenet* a précisément consacré à cette étude une thèse très intéressante, que nous demanderons la permission de signaler ici.

D'après M. Chauvenet, l'étiologie de ces abcès peut être envisagée de la manière suivante :

Les abcès périnéphrétiques s'observent, quelquefois, à la suite de traumatismes de la région, mais toujours ils sont consécutifs à une infection ;

Les traumatismes (blessure, plaie, contusion de la région, les efforts musculaires et le refroidissement) agissent comme causes prédisposantes, mais ne suffisent pas ;

La porte d'entrée de l'agent infectieux est très différente, suivant les cas et l'agent infectieux peut lui-même varier :

a) Il vient du sang, si l'infection est générale (fièvre typhoïde ou autres maladies infectieuses, puerpéralité, surmenage).

b) Il peut venir du rein, de l'uretère, de l'intestin grêle ou du gros intestin (infection par propagation d'inflammation du voisinage).

c) Il peut, moins souvent, venir de l'extérieur, par une plaie de la région lombaire ou de toute autre région du corps.

Le début, quelquefois retardé, d'un abcès périnéphrétique, s'explique par le temps nécessaire à l'infection de la couche graisseuse périrénale contuse. Les cas aigus correspondent à une infection plus grave ou plus intense, suivant la nature ou le nombre des agents pyogènes ;

L'antisepsie intestinale, jointe à l'antisepsie locale, permettent de prévenir certains abcès. On y ajoutera l'antisepsie urinaire, suivant les cas.

L'ouverture précoce, antiseptique et large de la collection, devra être suivie de l'examen bactériologique dans tous les cas où il sera possi-

ble. Cet examen donnera la clef du diagnostic étiologique, et sera d'un grand secours pour le pronostic de l'affection.

Le diagnostic, au début, est entouré de difficultés. Les deux symptômes prédominants sont, en effet, la douleur et la fièvre.

La douleur peut être confondue avec une névralgie iléo-lombaire ou un lumbago. Mais la première ne s'accompagne pas de fièvre et présente des points douloureux spéciaux et le second est, le plus souvent, bilatéral ; s'il y a de la fièvre, celle-ci n'est jamais continue avec exacerbation et la douleur est plus superficielle.

La fièvre de la périnéphrite est quelquefois intermittente.

Trousseau a montré qu'elle pouvait simuler la dothiénentérie.

Ce n'est guère qu'à l'apparition du gonflement de la région lombaire et plus tard de la fluctuation, qu'on peut se montrer plus affirmatif.

A ce moment, on doit se demander si l'abcès est primitif ou secondaire, et, dans ce but, étudier avec soin les commémoratifs.

De plus, il faut rechercher si la suppuration est bien périrénale ; si ee n'est pas un abcès de la paroi abdominale postérieure, ou un abcès ossifluent, ou un psoïtis. Le phlegmon de la paroi abdominale postérieure se distingue par sa situation superficielle, l'absence de tuméfaction en avant, la bénignité relative des symptômes généraux, enfin la non réductibilité de la tumeur lombaire, et l'absence de toute impulsion dans les efforts de la toux.

Le psoïtis est plus lent dans sa marche et ne s'accompagne ni de tuméfaction, ni d'œdème de la région lombaire.

Si l'abcès périnéphrétique est consécutif à une affection des reins, on ne pourra guère préciser le diagnostic qu'à l'apparition de l'empâtement et de la tuméfaction de la région lombaire.

On doit encore établir le diagnostic entre les maladies du rein ou du bassinet et le phlegmon périrénal. Quand il y a pyélite ou pyélonéphrite, ou néphrite suppurée, on perçoit surtout la fluctuation par la paroi abdominale antérieure; les urines sont purulentes, et il n'y a pas de tuméfaction sensible ni œdème de la région lombaire. L'hydronéphrose, les kystes séreux ou hydatiques évoluent lentement, sans réaction générale. Le cancer présente des troubles généraux spéciaux.

Certaines tumeurs des organes voisins peuvent simuler la périnéphrite, ce sont, d'après MM. Duplay et Le Dentu :

« 1° *Les tumeurs du foie* (abcès, kystes) *et de* « *la vésicule biliaire*. Se distingueront par leur « siège, par leur déplacement dans les mouve- « ments respiratoires, enfin par les troubles « hépatiques qu'éveille leur présence ;

« 2° *Les tumeurs de la rate*, plus superficielles ;

« 3° *Les tumeurs stercorales du côlon*, qu'on « pourra éliminer après avoir donné un pur- « gatif »

« 4° *Les anévrysmes de l'aorte abdominale déve-* « *loppés au niveau de la région rénale* ;

« 5° *La hernie lombaire*, qui, au dire de Trous- « seau, a failli être prise pour un abcès et inci- « sée comme telle. »

Action anesthésique et antiseptique du gaïacol sur la vessie.

L'anesthésique le plus vanté en ce moment, est le gaïacol. M. Lucas-Championnière a montré les avantages que l'on retire de l'anesthésie locale par les injections sous-cutanées de gaïacol, pour les petites opérations chirurgicales, et nous avons indiqué, dans plusieurs articles, les détails de technique et les résultats de ce procédé très pratique d'insensibilisation locale.

M. le Dr *G. Collin* a employé le même gaïacol pour anesthésier la vessie et publie des faits encourageants en faveur de cette nouvelle méthode. C'est contre les douleurs de la cystite chronique tuberculeuse et contre les pénibles brûlures des cystites aiguës, que M. Collin a essayé l'emploi des instillations de gaïacol.

« Par elle-même, l'injection intra-vésicale d'huile de gaïacol ou de carbonate de gaïacol, avec ou sans addition d'iodoforme, est moins douloureuse que l'injection de nitrate d'argent, de sublimé, ou de formol ; elle atténue beaucoup plus vite, aussi, les douleurs dues à la cystite ; cette atténuation est manifeste dès les premières injections, suivies immédiatement d'une sensation de bien-être éprouvée par le malade, pendant les quelques heures qui suivent. C'est ainsi que, lorsque les douleurs, calmées dans la journée par l'injection, réapparaissent le soir et la nuit, il m'a suffi de pratiquer, ou de faire pratiquer, par le malade lui-même, une nouvelle injection le soir, pour voir les douleurs de la nuit céder et celle-ci redevenir calme.

« L'action antiseptique de ces agents m'a semblé non moins efficace.

« Les instruments à employer sont la seringue à instillation ordinaire et un instillateur à boule perforée (n° 12 à 15). Le manuel opératoire est celui, bien connu, des instillations intra-vésicales ; il faut avoir soin d'injecter le liquide à travers l'urèthre postérieur, qui participe toujours à l'inflammation. Les solutions que j'ai employées sont : pour le gaïacol, la solution huileuse au 20e ; pour le carbonate de gaïacol, la solution huileuse au 100e ; pour le gaïacol iodoformé, j'ai employé la solution préconisée par M. Picot pour les injections hypodermiques et dont je rappelle la formule :

Gaïacol	5 gr.
Iodoforme	*1 gr.*
Huile d'olive stérilisée......	100 gr.

« J'ai injecté de 1 à 2 centimètres cubes des solutions au 20e, de 5 à 10 centimètres cubes des solutions au 100e en une ou deux fois, par 24 heures. Avec une seule injection par jour, on peut arriver à calmer assez vite les douleurs; mais si celles-ci sont très intenses, il peut être nécessaire de faire deux injections, une le matin et une seconde le soir, pour obtenir un calme complet et continu.

« Enfin, dans le cas de tuberculose vésicale, il faut, à côté du traitement local, instituer un traitement général énergique, qui viendra ajouter son influence bienfaisante à celle du premier et en faciliter la réussite. »

Richesse en quinine des principaux sels de quinine.

Notre confrère *la Thérapeutique moderne*, publie deux tableaux qui nous paraissent fort uti-

les à connaître pour les praticiens qui se trouvent embarrassés pour choisir tel ou tel sel de quinine, considéré comme plus soluble et plus ou moins riche en alcaloïde.

D'après M. P. Yvon.

1 gramme	Soluble dans	Contient
Sulfate de quinine médicinal	747 gr. d'eau	71 p. 100 de quinine
Sulfate de quinine pur	755 —	74.31 p. 100
Bisulfate de quinine ou sulfate neutre	10 —	50.12 —
Chlorhydrate de quinine	25 —	81.71 —
Bromhydrate de quinine	60 —	76.6 —
Valérianate de quinine	110 —	76.06 —
Salicylate de quinine	900 —	68.79 —
Lactate de quinine	3 —	78.26 —
Chlorhydro-sulfate de quinine	3 —	74.2 —

D'après Soubeyran.

100 parties de sulfate de quinine neutre équivalent à :

Phosphate de quinine	86.3
Quinine hydratée	86.7
Acétate de quinine	87.6
Chlorhydrate de quinine	88.6
Citrate de quinine	88.6
Arséniate de quinine	91.6
Ferrocyanate de quinine	90
Arsénite de quinine	89.8
Lactate de quinine	95
Valérianate de quinine	101
Tannate de quinine	350

Ces deux tableaux montrent bien la supériorité du chlorydro-sulfate.

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement de la fièvre typhoïde.

Il y a quelques jours, les journaux politiques annonçaient, toujours avec une précipitation que nous qualifions d'un peu irréfléchie, la découverte récente du vaccin de la fièvre typhoïde. Plus prudemment, nous nous contenterons, aujourd'hui, de passer en revue les dernières méthodes de traitement que les médecins des hôpitaux de Paris, mettent actuellement, en pratique pour traiter la fièvre typhoïde, en priant nos lecteurs de ne pas se laisser illusionner par les annonces hâtives des journaux politiques. Les expériences réalisées avec le vaccin typhique sont nouvelles et peu nombreuses. Il serait encore hasardeux de s'y confier, tandis que des méthodes sérieuses existent, aujourd'hui, qui triomphent, le plus souvent, des fièvres typhoïdes même très malignes.

M. le Dr *Merklen*, de l'hôpital Laënnec, vient de résumer dans le *Traité de thérapeutique appliquée*, les méthodes thérapeutiques de la fièvre typhoïde les mieux éprouvées de nos jours ; nous nous permettrons de puiser largement dans le travail de M. le Dr Merklen.

La fièvre typhoïde, abandonnée à elle-même, peut guérir et guérit souvent.

De ce fait bien connu est née la méthode dite d'expectation, qui consiste à surveiller les typhiques et à n'intervenir qu'en cas d'accidents graves ou de complications.

Cette méthode d'expectation, est à la rigueur, permise chez les enfants au-dessous de douze ans. Mais, elle est condamnée par la grande majorité des médecins de nos jours, pour les adolescents et les adultes.

Il faut faire de la médication active, prophylactique des accidents et complications et pour cela, l'intervention doit s'exercer dès le début en *luttant contre la fièvre, en favorisant la diurèse et soutenant les forces du malade.*

I

TRAITEMENT SYSTÉMATIQUE.

« Mieux que toute autre, la méthode de Brandt répond à toutes les indications. Ce doit être le traitement des formes sévères et graves ; ce peut être un traitement systématique, recommandable dans les hôpitaux où il assure la discipline des soins, et en temps d'épidémie, quand la multiplicité et la gravité des cas ne permettent ni la sélection, ni la surveillance plus attentive qu'exigent d'autres traitements.

« Il est possible et légitime de traiter, sans bains froids, les fièvres typhoïdes légères et moyennes ; et cela répond à certaines exigences de la pratique. La méthode des bains froids, facile à l'hôpital, est d'un emploi moins aisé dans la clientèle de la ville. Elle est pénible pour les malades, elle exige l'assistance continue d'une garde-malade expérimentée. Ces inconvénients ne doivent cependant pas entrer en ligne de compte, quand la maladie est intense et grave, et, dans ces circonstances, le médecin doit imposer le traitement de Brandt.

« Mais, quels que soient le caractère de la maladie et la méthode thérapeutique employée, il importe de ne pas oublier que les chances de guérison sont d'autant plus grandes que le traitement est mis en œuvre plus tôt. Brandt a pu dire que tout typhoïdique, baigné dès le troisième jour, est à peu près sûr de guérir, et cette observation s'applique à tout malade régulièrement et rationnellement traité. Plus que toute autre, la fièvre typhoïde exige une surveillance assidue, et la première préoccupation du médecin doit être la bonne organisation des soins. D'autre part, on se gardera d'établir un pronostic favorable d'après l'observation des premiers jours. La dothiénentérie la plus bénigne peut brusquement devenir grave, surtout quand elle a été méconnue ou négligée ; il faut donc être toujours prêt à recourir aux moyens énergiques et efficaces, c'est-à-dire à la balnéation. »

L'hygiène générale du typhique doit être l'objet d'une sollicitude toute particulière de la part du médecin. Il faut, au typhique, une chambre aérée, suffisamment vaste, recevant le soleil. Cette chambre doit être débarrassée de tous les meubles inutiles Une cheminée aidera à la ventilation ; mais la température de la pièce sera plutôt fraîche que chaude, entre 15 et 17° centigrades. L'air sera renouvelé plusieurs fois par jour, avec les précautions nécessaires pour éviter tout refroidissement. Le lit sera placé hors des alcôves, de manière qu'on puisse circuler librement alentour. Le lit étroit est préférable et si cela est possible, on aura deux lits, ce qui facilite singulièrement les soins de pro-

preté. Un paravent est toujours utile pour mettre le malade à l'abri du soleil, des courants d'air, et pour assurer sa tranquillité.

Les visites seront prohibées. Seules, les personnes chargées des soins approcheront le malade. La propreté est indispensable, et doit être absolue, aussi bien pour le corps et les orifices naturels du malade que pour son linge et sa literie. La bouche sera nettoyée ainsi que les dents et les gencives avec une solution naphtolée ou au phénosalyl. La région ano-génitale et le pli interfessier doivent être antiseptisés avec une solution analogue, après les garde-robes. Les déjections seront désinfectées aussitôt après leur émission, avec la solution forte de sulfate de cuivre (paquets de sulfate de cuivre de 12 gr. pour 1/2 litre, formule du Conseil d'Hygiène). Les linges souillés seront désinfectés de même dans la solution de sulfate de cuivre et les mains des garde-malades seront elles-mêmes passées dans la solution de sulfate de cuivre à 12 pour 500 chaque fois qu'elles auront touché le malade ou ses linges. Les garde-malades devront s'abstenir de manger à côté du malade et même dans sa chambre. L'alimentation du malade sera, au début, exclusivement *liquide* ; elle devra se composer de lait, de bouillon dégraissé ou encore de café au lait ou de thé au lait. Ces aliments doivent être pris 15 ou 30 minutes après le bain, au moment où le malade accuse une sensation de bien-être : la quantité de lait ou de bouillon, prise chaque fois, peut être d'un quart de litre. Plus tard, quand la maladie est entrée dans la phase d'apyrexie relative, on donne des aliments un peu plus substantiels : potages légers à la crème d'orge ou de tapioca, avec un peu de vin ou d'eau rougie, cacao ou chocolat à l'eau. Cette alimentation est souvent supportée pour le plus grand bien du malade, dont la convalescence est ainsi abrégée ; mais elle doit être mesurée et progressive, subordonnée à la marche de la température ; toute recrudescence fébrile en fera abandonner l'emploi et reprendre les liquides seuls. Les premiers essais d'alimentation solide ne seront faits qu'au moment de la défervescence, et toujours avec une extrême prudence, dans le but d'éviter à la fois les retours fébriles et les troubles digestifs.

Mais, quelle que soit l'intensité de la fièvre, le typhique doit *boire et boire beaucoup*. Murchison avait déjà insisté sur l'utilité des boissons abondantes au point de vue de la dépuration du sang. Elles calment la soif, humectent la bouche, nettoient le tube digestif ; mais leur principal avantage est de produire une diurèse active et de favoriser ainsi l'élimination des déchets de la combustion fébrile et des toxines accumulées dans l'organisme. C'est un véritable lavage interne, d'autant plus efficace que l'état typhoïde dépend pour une bonne part de la rétention de ces principes toxiques dans le sang et les tissus (Albert Robin). Telle est l'importance des boissons abondantes qu'elles sont pour quelques médecins tout le traitement. C'est ainsi que Luton avait fait de l'eau froide prise en boisson, de la diète hydrique, une véritable méthode thérapeutique de la fièvre typhoïde, et que Debove se contente de faire boire ses malades.

Il est indispensable de *faire boire* les malades sans attendre leur demande ; car souvent, ils ne manifestent pas suffisamment leur soif. La quantité à leur faire ingérer est d'environ 3 ou 4 litres de liquide : 2 litres de lait et 2 litres de limonade vineuse. Le vin, le champagne, les grogs, conviennent aux formes adynamiques et aux fièvres compliquées de broncho-pneumonies et d'affaiblissement du cœur. La limonade lactique et le képhir seront utilement prescrits aux typhoïdiques atteints de diarrhée. Toutes ces boissons doivent être froides, les boissons chaudes étant moins diurétiques et moins facilement supportées par l'estomac.

Il faut avoir soin de lutter contre la *constipation*, qui est assez fréquente avec la balnéothérapie. Matin et soir, on donne un lavement d'*eau bouillie froide*, additionnée d'un peu de miel ou de glycérine.

En cas d'hémorrhagie intestinale ou de péritonite, on interromprait les lavements. Si, au contraire, les lavements ne suffisent pas pour provoquer des évacuations, on emploie 10 à 15 gr. d'huile de ricin, ou 1 à 2 cuillerées à café de magnésie calcinée. M. Merklen conseille de laisser par écrit sous les yeux de la garde-malade le résumé suivant des prescriptions hygiéniques à observer :

1° Chambre aérée à la température de 15 à 17° ; deux lits ; propreté rigoureuse des draps et du linge. Lavages antiseptiques fréquents du bassin et de l'urinal, ainsi que des mains de la garde-malade.

2° Repos absolu du malade au lit. Aucune visite. Aucune conversation sans motif.

3° Boissons abondantes, surtout eau et lait. Soins fréquents de la bouche et des orifices naturels. Lavement d'eau bouillie froide, matin et soir.

4° Prendre la température rectale toutes les 3 heures. Recueillir et mesurer les urines des 24 heures à l'aide d'un bocal gradué.

II

TRAITEMENT SELON LA FORME DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

A. Forme bénigne. La forme bénigne, désignée sous le nom de fièvre muqueuse, de fièvre typhoïde ambulatoire (*typhus levissimus*) exige une surveillance d'autant plus attentive que les malades sont trop tentés de commettre des infractions au régime qui leur est ordonné. Or les complications, la perforation intestinale en particulier, s'observent aussi bien dans les formes légères que dans les formes graves. D'autre part, ces fièvres bénignes peuvent brusquement s'aggraver, et ces aggravations sont souvent dues au défaut de soins et de précautions. Quelle que soit donc la bénignité de la fièvre typhoïde, le malade doit être *tenu au lit* et soumis à une *alimentation exclusivement liquide* et aux *boissons abondantes*. Les urines seront examinées régulièrement, au point de vue de leur quantité et de la présence possible de sang ou d'albumine. Un *lavement froid* sera donné matin et soir, à moins d'indication particulière résultant de l'examen du ventre ; la palpation de l'abdomen sera faite chaque jour, une douleur localisée en un point pouvant annoncer l'imminence d'une perforation. Enfin, il est indispensable, au point de vue des indications du traitement antipyrétique, de *prendre la température plusieurs fois par*

jour. La fièvre donne en effet la mesure du pronostic et du traitement.

La température présente fréquemment trois exacerbations par jour, une dans l'après-midi, une le soir et une dans le milieu de la nuit. Il est donc utile, même dans les cas non traités par les bains froids, de suivre le précepte de Brandt et de prendre la température toutes les 3 ou 4 heures. Quand celle-ci ne dépasse pas, au moment des exacerbations, 39°5 ou 40°, quand surtout les rémissions matinales sont suffisantes, quand enfin l'état général est bon, la langue humide, le pouls relativement lent, aux environs de 90, et qu'il n'existe ni complications pulmonaires, ni accidents nerveux, le malade peut être soumis au traitement préconisé par Jaccoud, l'association de la *quinine* et des *lotions froides*.

La quinine doit être donnée sous forme de *chlorhydro-sulfate* à la dose de 0,75 centig. à 1 gramme en 3 cachets.

Quand ce médicament doit agir, le résultat est rapide et, au bout de 2 ou 3 jours, la température est abaissée de 1° à 1° et demi ; si le résultat est nul, si la température reste stationnaire, cela indique en général une forme intense ou grave et la nécessité de recourir aux bains froids. Au bout de 3 jours, la dose de quinine peut être diminuée, réduite à 50 centigrammes.

Quand l'abaissement de la température atteint 2° et plus, il faut interrompre le médicament, jusqu'à une nouvelle recrudescence de température. Généralement, on peut en cesser l'usage vers la fin de la deuxième semaine.

Parfois, vers le 13e ou le 14e jour de la maladie, même dans le cas où le début avait paru bénin, on peut voir survenir une aggravation subite, qui nécessite l'usage du bain froid. D'autre part, il est des cas où l'évolution de la maladie semble se faire en deux ou plusieurs actes, la courbe thermique se rapprochant de la normale du 10e au 16e jour et se comportant comme dans une forme abortive pour présenter bientôt une ou plusieurs recrudescences ; ces recrudescences devront être combattues par quelques doses de quinine.

L'administration de la quinine doit être accompagnée de lotions froides, que l'on répète 4 ou 5 fois par jour. Il est bon de faire ajouter à l'eau des lotions du vinaigre aromatique pour stimuler les fonctions de la peau. On applique les lotions chaque fois que la température, prise toutes les trois heures, dépasse 39°.

Brandt et ses partisans donnent systématiquement des bains froids d'emblée, quelque bénigne que soit la fièvre typhoïde.

M. Merklen ne conseille pas d'y avoir recours pour les formes légères ; cependant, il y reconnaît quelques avantages à l'hôpital. Pour les formes tout à fait légères, 10 à 30 bains froids à 20° suffisent ; pour les formes moyennes, 70 bains en moyenne ont paru nécessaires pour amener et maintenir la défervescence (Bouveret).

B. Forme grave hyperthermique. Cette forme est nettement caractérisée par une absence complète de rémission matinale ; la température se maintient en plateau entre 40°5 et 41°.

Tout malade atteint d'une fièvre typhoïde hyperthermique de date récente, avec ou sans phénomènes nerveux, doit être immédiatement mis au *traitement de Brandt*, suivant la technique ordinaire : bain de 20° et de quinze minutes toutes les trois heures, toutes les fois que la température rectale dépasse ou atteint 39°, avec trois affusions froides pendant le bain ; boissons abondantes et alimentaires ; lavement froid matin et soir. Mais c'est là une formule minima et souvent insuffisante. Si, dès le deuxième jour, la température est encore à 40° le matin, à 41° le soir, si l'abaissement thermique obtenu une demi-heure après le bain est insuffisant, n'atteignant que 0,5, ou si la température remonte très vite après l'immersion, les bains devront être donnés à 18° ou 15° et pourront être plus rapprochés, toutes les deux heures et demie ou toutes les deux heures au lieu de trois heures. Ce qui caractérise essentiellement ces formes intenses, c'est la résistance à la réfrigération et la longue durée de la lutte contre la fièvre.

On peut associer aux bains froids, l'administration du chlorhydrosulfate de quinine à la dose de 1 gr. en 3 cachets.

Si la résistance à la réfrigération persiste, on prolonge les bains jusqu'à 20 minutes, ou bien on fait précéder les bains d'un enveloppement dans le drap mouillé, renouvelé toutes les 10 minutes et prolongé un, deux ou trois quarts d'heure. Habituellement, 3 à 5 jours de cette lutte énergique sont suffisants, et l'on peut revenir aux simples bains. La moyenne des courbes thermométriques est généralement alors de 39° pendant une ou deux semaines et les bains froids doivent être continués jusqu'à complète défervescence.

Les pratiques hydrothérapiques ne doivent pas se borner au bain froid. Tout d'abord les affusions dans le bain sont d'autant plus nécessaires que le malade présente des troubles nerveux graves : délire, ataxie, coma. Si, dans les cas ordinaires, l'affusion peut être faite avec l'eau à la température du bain, il est nécessaire, dans les formes hyperthermiques et ataxiques, de se servir d'eau plus froide. Tripier et Bouveret conseillent même de continuer l'affusion à peu près pendant toute la durée de l'immersion. Indépendamment des bains et des affusions, il peut être indiqué de recourir encore aux applications froides. De grandes compresses imbibées d'eau froide et souvent renouvelées doivent être appliquées sur l'abdomen, pour combattre le météorisme et la diarrhée. Si les accidents cérébraux sont très intenses, une vessie de glace pourra être maintenue en permanence sur la tête.

Rappelons que le malade doit être *nourri* et soumis à l'usage des boissons abondantes, comme nous l'avons dit pour les formes légères. M. Bouveret conseille de continuer, même après la défervescence, l'usage des bains froids à 24 degrés, de manière à éviter les légères ascensions thermiques qui se produisent parfois pendant la convalescence.

« Dans les cas où les malades paraissent trop impressionnés par un bain froid à 20°, on peut commencer le traitement par les bains progressivement refroidis suivant la méthode de Ziemssen et de Bouchard, ou même par les bains tièdes. Le premier bain étant à 24° ou plus, la température des bains suivants sera successivement abaissée jusqu'à 20° et même au-dessous, autant que l'exigera la lutte contre l'hyperthermie.

Pour établir la formule balnéaire appropriée à chaque cas et à chaque malade, on se basera : 1° sur le moment où apparaît le frisson, celui-ci marquant l'effet utile du bain ; 2° sur l'abaissement thermique obtenu une demi-heure après le bain ; 3° sur l'élévation qui survient trois heures après.

« Chez certains sujets, très impressionnables, le frisson se prolonge longtemps et aboutit à un énorme abaissement de température qui peut aller jusqu'au collapsus. La durée, la température, l'intervalle des bains, doivent être réglés matin et soir par le médecin suivant les indications diverses que nous venons de rappeler. C'est là parfois une tâche délicate, et il faudra toujours s'attacher à *refroidir assez sans refroidir trop.* »

C. Forme a températures peu élevées et adynamique. Cette forme s'observe chez les gens épuisés et surmenés, et comporte un pronostic, le plus souvent mortel.

« La réfrigération est certainement inutile, mais l'action stimulante de l'eau froide donne encore de bons résultats. Strube et Brandt conseillent le demi-bain tiède à 28°, de 3 à 5 minutes de durée, avec affusion froide, à la température de 12 à 20° ; des frictions énergiques doivent être faites dans le bain sur le thorax et les membres. Dans ces cas aussi, les lotions froides répétées sont efficaces. Enfin, il faut soutenir ces malades par des boissons alcoolisées et une alimentation aussi substantielle que possible : potages, œufs, laitage.

« Le même traitement convient aux *fièvres tardivement baignées*, quand les malades présentent déjà un pouls faible et de l'hypostase pulmonaire. Le choc provoqué par le bain froid pourrait n'être pas supporté par ces malades, et il vaut mieux recourir aux lotions froides, aux demi-bains tièdes avec affusions froides ou encore aux bains progressivement refroidis. D'ailleurs, la résistance à la réfrigération est moindre du quinzième au vingtième jour de la fièvre typhoïde que tout à fait au début, et il n'est pas rare d'observer, après le bain, un abaissement thermique qui persiste plusieurs heures, sans que cette marche de la température coïncide avec une amélioration de l'état général. »

En résumé, il faut beaucoup de prudence et de surveillance pour les typhiques tardivement baignés.

D. Fièvre typhoïde des enfants. Les indications et le mode de traitement sont les mêmes que pour l'adulte. Il faut combattre la fièvre, soutenir les forces et prévenir les complications. Dans les cas simples, la quinine, donnée à doses variables suivant l'âge, et les lotions froides sont suffisantes. Mais si la température reste élevée, approchant de 40° le soir, si surtout les rémissions sont insuffisantes ; si, d'autre part, les malades ont du délire, de l'agitation, de l'insomnie, le bain devient nécessaire. Il importe seulement de se rappeler que, plus l'enfant est jeune, moins il présente de résistance à la réfrigération, d'où la nécessité de lui donner des bains plus courts ou moins froids qu'à l'adulte. Ce défaut de résistance se manifeste par les abaissements thermiques après le bain, qui peuvent atteindre 3° à 5° (Cayla). Brandt, Cayla, Tripier et Bouveret recommandent le bain froid de 5 à 8 minutes de durée.

La température du bain doit être proportionnée à l'intensité et à la persistance de la fièvre. Et il ne faut pas oublier qu'un bain trop froid et trop prolongé peut provoquer chez l'enfant des accidents graves de collapsus.

D'ailleurs, l'expérience a montré depuis longtemps que la *quinine*, *les lotions froides vinaigrées*, *les bains tièdes* sont les principaux moyens à mettre en œuvre pour le traitement de la fièvre typhoïde chez l'enfant.

E. Fièvre typhoïde des vieillards. Il faut avoir recours aux lotions froides associées à la quinine, aux bains tièdes ou aux bains progressivement refroidis de Ziemssen. En même temps on insistera sur les *toniques*, le vin, l'alcool, une alimentation appropriée. Et l'on préviendra l'affaiblissement du cœur par les injections sous-cutanées de *caféine* ou de *spartéine*.

F. Fièvre typhoïde des femmes enceintes et des nourrices. La fièvre typhoïde provoque généralement l'avortement ou l'accouchement prématuré (2/3 des cas) ; elle crée, de plus, un terrain éminemment favorable aux accidents septicémiques et puerpéraux.

Il importe donc : 1° de prévenir l'avortement, si cela est possible ; 2° de pratiquer une antisepsie rigoureuse des voies génitales, pour empêcher l'infection puerpérale secondaire.

L'avortement survient habituellement dans le 2e ou 3e septénaire. Attribué par Runge à l'hyperthermie, par Chantemesse à l'intoxication du fœtus par les toxines sécrétées par le bacille d'Eberth, il se produit surtout dans les fièvres typhoïdes graves. C'est assez dire que l'hydrothérapie froide et la méthode de Brandt doivent être immédiatement employées, pour peu que la fièvre soit un peu intense. Ce traitement peut prévenir l'avortement et est sans inconvénient, la preuve en est faite.

Avant et surtout après l'avortement et l'accouchement, il faut veiller à l'antisepsie des voies génitales. Une typhoïdique atteinte d'affection puerpérale est à peu près vouée à la mort.

En ce qui concerne les nourrices, la méthode de Brandt doit être strictement appliquée. Mais, comme la nourriture ne peut être continuée, la sécrétion lactée cesse rapidement et ne peut être utile pour l'enfant qu'elle empoisonnerait plus ou moins.

Enfin, pour terminer son étude des traitements de la fièvre typhoïde, M. *Merklen* considère le cas des typhiques atteints d'affections cardiaques ou d'emphysème pulmonaire et recommande de se borner à l'emploi de la quinine, des lotions aromatiques et des bains tièdes.

Quant aux inoculations de sérum antityphique de Chantemesse, nous n'en donnerons la description et la technique, que quand le temps et les expériences nous auront mieux fixé sur leur valeur.

Dr Paul Huguenin.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Notre formule de résistance aux Sociétés de Secours mutuels.

Nous nous faisons un devoir de reproduire l'article publié la semaine dernière par le *Petit Journal*, au sujet du conflit survenu entre des médecins de Chinon et la Société de secours mutuels de cette ville.

Nous y trouvons la preuve de ce que nous avons affirmé à l'assemblée générale des membres du *Concours* de novembre 1895.

Nos confrères, en effet, ont suivi la ligne de conduite adoptée dans cette réunion, et, malgré les résistances déloyales qui leur sont opposées, ils triompheront, *parce que l'opinion des gens de bonne foi sera pour eux, et que ce terrain est le seul favorable à la lutte nécessaire.*

D'autre part, cet article répond, de la meilleure façon, au reproche que nous adressions récemment à la presse en général, de prendre presque toujours parti pour nos exploiteurs, contre nous.

C'est pourquoi nous félicitons le *Petit Journal* et son rédacteur, M. Pierre Giffard, d'avoir pris l'initiative d'une attitude nouvelle envers le corps médical dont les services sont journellement méconnus.

H. F.

Les médecins de Chinon.

Si l'on en croyait certaines lettres dénonciatrices et pas mal de nouvelles inexactes imprimées dans les journaux de la Touraine, il se passerait d'étranges choses à Chinon.

Les médecins de la ville auraient refusé de donner leurs soins dans les conditions d'usage aux membres de la Société de secours mutuels, ce qui, de la part de médecins, ne serait guère philanthropique.

Heureusement pour l'honneur du corps médical, les choses sont tout autres. Mais le cas est intéressant ; le voici en quelques lignes ; il porte son enseignement :

Les médecins de Chinon écrivaient le 23 janvier dernier au président et aux membres de la Société de secours mutuels chinonaise une lettre qui se résume ainsi :

Nous avons l'honneur de vous informer qu'à partir du 1er février prochain, nous ne pourrons, à notre grand regret, continuer à donner nos soins aux membres de la Société philanthropique, du moins aux conditions en usage jusqu'ici (le prix moyen de la visite pendant ces dix dernières années a été de 0 fr. 30). Une société composée exclusivement d'ouvriers travaillant à la journée, pour qui la maladie représente le chômage forcé et la misère à la maison, a toujours eu et aura toujours le droit de faire appel à notre désintéressement et à notre dévouement ; nous avons toujours répondu à cet appel et nous y répondrons toujours. Mais la Société de secours mutuels de Chinon compte aujourd'hui parmi ses membres participants des chefs d'ateliers, des entrepreneurs, des négociants, tous fortunés, des rentiers, des propriétaires et, paraît-il, un millionnaire ! Nous ne pouvons décemment faire la charité médicale à tant de monde....

***

En conséquence, les docteurs chinonais, d'un commun accord, ne considérant désormais comme membres participants que les ouvriers travaillant à la journée ou peu fortunés, réclament l'application du tarif suivant : visites 1 fr. 50 (la nuit 3 francs) ; consultations : 1 franc ; pour les sociétaires habitant en dehors de l'octroi : 0 fr. 50 par kilomètre en plus du prix de la visite. Ce tarif est, à peu de chose près, le même que celui adopté dans toute la France pour le service de l'assistance médicale gratuite.

Et les cinq docteurs qui se sont alliés pour signer ce manifeste ajoutent textuellement :

« Il est tout à fait inutile de solliciter chacun des soussignés en particulier, l'engagement d'honneur ayant été pris entre eux de n'accepter aucune offre en dehors des conditions ci-dessus, chaque sociétaire étant libre de choisir tel médecin qu'il lui plaira. » Signé : docteurs Roux, Mattrais, Foucher, Faucillon, Guitton.

Voilà donc la guerre déclarée entre les médecins de la ville et la Société de secours mutuels.

Le bureau de la Société, en présence de l'attitude des médecins, décide alors que le service médical de la Société est suspendu jusqu'à nouvel ordre, que les membres qui seront malades devront payer leurs visites, et que le bureau va chercher un nouveau médecin auquel on assurera des appointements fixes et rémunérateurs.

En même temps, la presse locale part en campagne, comme elle sait partir dans les petites villes, quand les froissements d'amour-propre donnent le signal de la guerre des clochers.

On cherche même à porter la question sur le terrain politique ; on fait des démarches auprès de certains médecins dans l'espoir de les voir rompre les engagements qu'ils ont pris avec leurs confrères. On menace, on emploie tous les moyens pour détruire cette quintuple alliance et amener une paix finale entre la Société de secours mutuels et la Faculté locale.

Les médecins de Tours, indignés de tels procédés, expriment alors aux médecins de Chinon leurs sentiments de solidarité par une lettre signée de vingt-quatre noms, c'est-à-dire l'unanimité des praticiens de la ville

L'affaire grossit donc. Elle s'enfle, elle préoccupe les départements voisins. On en glose par toute la France. Comme de juste elle s'en va, colportée sous forme de télégramme dans les journaux. Le dissentiment entre la Société de secours mutuels de Chinon et les médecins de cette ville devient bientôt « la Grève des médecins ». C'est sous ce titre, je crois bien m'en souvenir, qu'une petite note de quelques lignes parut ici dernièrement.

***

Aussi, pour mettre un terme aux bruits colportés à ce sujet, les cinq docteurs mis en cause ont-ils adressé la lettre suivante aux journaux. Avec une belle indifférence, presque tous nos confrères l'ont mise au panier. Il appartient au *Petit Journal* de donner la parole à ces docteurs syndiqués et logiques. Leur cas peut devenir celui de beaucoup d'autres un de ces quatre matins :

Chinon, 4 mars 1896.

Monsieur le rédacteur,

En réponse à tout ce qui a été dit et écrit concernant la prétendue grève des médecins de Chinon, nous venons vous prier de vouloir bien accorder l'hospitalité de votre estimable journal aux explications des intéressés.

D'abord nous ne sommes pas et n'avons jamais été en grève, attendu que nous continuons à donner nos soins à tous nos compatriotes, sans exception. On a décoré du nom de grève notre conflit avec la Société de secours mutuels de Chinon, Société qui compte parmi ses membres participants, non seulement des ouvriers, mais aussi des rentiers et des propriétaires fort riches et qui, pour cette raison, ne nous semble pas avoir droit à la charité médicale.

Nous ne croyons pas, en effet, devoir soigner, sous prétexte de philanthropie, moyennant 30 centimes par visite, des gens plus riches que nous.

Nous avons adressé régulièrement nos doléances à la Société. A nos justes revendications il a été répondu par des articles de journaux et par des me-

naces qui constituaient une véritable tentative de chantage.

Notre devoir était de ne pas répondre : c'est ce que nous avons fait.

Les procédés employés à notre égard ne produisant pas le résultat attendu, nous avons été convoqués à une réunion du Bureau de la Société, pour le vendredi 14 février. Si les convocations avaient été faites d'une façon correcte, nous nous serions empressés d'y répondre.

Il n'en fut pas ainsi. Sans doute pour faire croire à l'efficacité des menaces dirigées contre nous, les lettres de convocations indiquaient que nous avions sollicité cette entrevue. Comme nous n'avions rien demandé et qu'il était de notre dignité de ne plus faire aucune démarche, nous nous sommes abstenus.

Veuillez agréer, monsieur le rédacteur, l'assurance de notre considération la plus distinguée,

Signé : Docteurs Roux, Mattrais, Foucher, Faucillon, Guitton.

Il faut reconnaître qu'un tel conflit est fâcheux, et souhaiter qu'il cesse au plus tôt. Mais, en conscience, peut-on incriminer des médecins qui, après avoir donné sans compter leurs soins à de pauvres diables, constatent que la Société de secours mutuels qui fait appel à « leurs prix spéciaux » est en partie composée de clients plus cossus qu'eux-mêmes ? Il semble bien qu'il y ait là un abus, et c'est pourquoi l'incident de Chinon mérite d'être mis en lumière. Il intéresse toutes les Sociétés de secours mutuels de France, aussi bien que tous les médecins.

Pierre Giffard.

Jurisprudence médicale.

Médecine. Exercice illégal. Pénalités. Tableau.

Quelles sont les peines édictées par la loi du 30 novembre 1892 pour l'exercice illégal ?

La loi prévoit, quant à la peine pour l'exercice illégal, trois délits différents ; exercice illégal de la médecine, exercice illégal de l'art dentaire, exercice illégal de l'art des accouchements. Pour chacun d'eux il faut établir une sous-distinction, suivant qu'il y a eu ou non une usurpation de titre. Enfin, il faut tenir compte de la récidive.

On peut établir les tableaux suivants, qui faciliteront à nos lecteurs la connaissance de cette partie de la loi.

I. — Exercice illégal de la médecine.

100 à 500 francs d'amende. (*Art.* 18. *Loi de* 1892.)

Récidive.

500 à 1.000 francs d'amende ; emprisonnement de six jours à six mois, ou l'une de ces deux peines seulement. (*Art.* 18. *Loi de* 1892.)

Avec usurpation du titre de docteur ou d'officier de santé.

1.000 à 2.000 francs d'amende. (*Art.* 19. *Loi de* 1892.)

Récidive dans ce dernier cas :

2.000 à 3.000 fr. d'amende ; emprisonnement de six jours à un mois ou l'une de ces deux peines seulement. (*Art.* 19. *Loi de* 1892.)

II. Exercice illégal de l'art dentaire.

50 à 100 fr. d'amende. (*Art.* 18. § 2. *Loi de* 1892.)

Récidive.

100 à 500 fr. d'amende. (*Art.* 18. § 2. *Loi de* 1892.)

Avec usurpation du titre de dentiste :

100 à 500 fr. d'amende. (*Art.* 19. § 2. *Loi de* 1892.)

Nota. — S'il y avait usurpation du titre de docteur ou d'officier de santé on rentrerait dans le tableau I.

Récidive.

500 à 1.000 fr. d'amende ; emprisonnement de six jours à un mois ou l'une de ces deux peines seulement. (*Art.* 19. *Loi de* 1892.)

III. Exercice illégal de l'art des accouchements.

50 à 100 fr. d'amende. (*Art.* 18. *Loi de* 1892.)

Récidive.

100 à 500 fr. d'amende ; emprisonnement de six jours à un mois ou l'une de ces deux peines seulement. (*Art.* 18 § 3. *Loi de* 1892.)

Avec usurpation du titre de sage-femme :

100 à 500 fr. d'amende. (*Art.* 19. § 3. *Loi de* 1892.)

Récidive.

500 à 1000 fr. d'amende, emprisonnement de un mois à deux mois ou l'une de ces deux peines seulement. (*Art.* 19. § 3. *Loi de* 1892.)

Un médecin des enfants assistés peut-il être considéré comme chargé d'un service public ?

Un arrêt de la Cour de cassation dit que le citoyen chargé d'un service public est celui qui, sans exercer une fonction permanente, a été l'objet d'une délégation publique.

C'est ainsi qu'en 1892 la Cour d'appel de Paris a décidé que le médecin désigné, par un Bureau de bienfaisance, pour soigner les indigents ne pouvait pas être considéré comme un citoyen chargé d'un service public, parce que la commune ne lui délègue aucune part de l'autorité publique qu'elle détient et qu'elle le paie uniquement pour qu'il exerce, à l'égard des malades indigents, sa profession de médecin.

C'est ainsi que la Cour de Bourges, le 23 octobre 1895, a fait l'application de la même doctrine en ce qui concerne le médecin des enfants assistés.

Voici l'arrêt qui a été rendu dans les circonstances de fait suffisamment énoncées ci-dessous ;

Attendu que le docteur J. Petit, médecin des Enfants Assistés du département de la Seine, a assigné le journal *Le Républicain de la Nièvre* devant le Tribunal civil de Nevers, se prétendant diffamé et injurié dans un article qui a paru dans ladite feuille le 7 mai 1895, et qu'il réclame une somme de 20,000 francs à titre de réparation du préjudice qu'il a souffert ; qu'à cette demande, Pointu oppose une fin de non-recevoir, tirée de ce que les allégations retenues dans la requête présentée au président à fin d'assignation, peuvent seules être soumises au Tribunal ; qu'elles ne visent que les fonctions de médecin des Enfants-Assistés, dont est investi le plaignant, et qu'à ce titre, il doit être considéré comme un citoyen chargé d'un service public, qui ne peut porter que devant la Cour d'assises la réparation de la diffamation produite contre lui ;

Attendu que le docteur J. Petit, nommé par arrêté du préfet de la Seine, du 31 janvier 1889, médecin du service des Enfants-Assistés de ce département, n'a reçu d'autre mandat que celui de veiller à la santé des enfants confiés à sa surveillance, de les visiter périodiquement, et en cas de maladie, de leur fournir des médicaments et des soins ; qu'il n'a été revêtu, pour l'exercice de son emploi, d'aucune délégation, d'aucun démembrement de la puissance publique appartenant à l'autorité qui lui a conféré ses fonctions ; qu'il rentre, par suite, dans la classe des particuliers dont les actions en diffamation peuvent être portées devant la juridiction civile ;

Attendu que le tribunal de Nevers est donc compétent, soit que l'on considère qu'il n'a été saisi que dans la limite de la requête présentée au président de ce siège, et ne visant que les diffamations et injures se référant aux fonctions du plaignant, soit que l'on admette, au contraire, que le Tribunal pouvait statuer sur la totalité de l'article reproduit dans la citation, et dont certains passages visent incontestablement l'homme privé ;

Par ces motifs, la Cour confirme...

Pas plus que le médecin du Bureau de Bienfaisance, le médecin des Enfants Assistés n'est chargé d'un service public.

A qui doit s'adresser, pour faire payer ses honoraires de constatation, le médecin réquisitionné par le maire d'une commune, pour constater le décès d'un individu trouvé mort sur la voie publique ?

Nous avons déjà dit, à plusieurs reprises, que c'était au maire que la loi confiait le soin de s'assurer des décès et de faire les constatations nécessaires.

Il peut être, néanmoins, intéressant de rappeler les articles de loi qui peuvent être invoqués en pareille matière.

Le décret du 18 juin 1811, réglant le tarif des frais de justice en matière criminelle, correctionnelle et de police, porte dans son article 3 :

Ne sont pas compris sous la dénomination de frais de justice criminelle : 1°..... ; 4° les *frais d'inhumation* des condamnés et de *tous cadavres trouvés sur la voie publique, lesquels sont à la charge des communes*, aux termes de l'art. 26 du décret du 23 prairial an XII, lors, toutefois, que les cadavres ne sont pas réclamés par les familles, et sauf le recours des communes contre les héritiers.

L'article 93 de la loi du 5 avril 1884, sur l'organisation municipale, porte également que :

Le maire pourvoit d'urgence à ce que toute personne décédée soit ensevelie et inhumée décemment, sans distinction de culte ni de croyance.

Enfin, les articles 10 et 11 du décret du 27 avril 1889, confirment et complètent cette législation.

Art. 10. — La sépulture dans le cimetière d'une commune est due : 1° aux personnes décédées sur son territoire, quel que soit leur domicile.

Art. 11. — A défaut de la famille, la commune est tenue de pourvoir à la sépulture des personnes décédées sur son territoire, sauf à réclamer, contre qui de droit, le remboursement de la dépense.

C'est donc au maire qu'il faut s'adresser et, en cas de refus du maire, au Préfet, pour qu'il oblige la commune à payer.

Qui doit payer les honoraires du médecin, réquisitionné par le maire, pour constater l'aliénation mentale d'une personne que l'Administration veut faire interner ?

Les articles 18, 19 et 28 de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, portent qu'en cas de danger imminent, attesté par le certificat d'un médecin ou la notoriété publique, les maires eux-mêmes peuvent ordonner, à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les 24 heures, au préfet qui statuera sans délai.

Et l'article 28 porte que les dépenses des aliénés *sont payées par le département*, sans préjudice du concours de la commune du domicile de l'aliéné.

Le certificat médical, prévu par la loi de 1838, rentre évidemment dans les dépenses des aliénés et doit par conséquent être payé par le département.

Quel est le tarif applicable ?

Le décret du 21 novembre 1893, relatif notamment à la revison des tarifs du décret du 18 juin 1811, en ce qui concerne les honoraires, vacations, frais de transport et de séjour des médecins, décide que *tout rapport écrit* donne droit, *au minimum*, à une vacation de 5 *francs*.

Le médecin a donc le droit de réclamer la somme de 5 francs pour chaque constatation.

Le pharmacien est-il obligé d'exécuter une ordonnance de médecin dont la signature est illisible ?

On sait qu'aux termes de l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI, les pharmaciens ne peuvent débiter des remèdes composés que d'après la prescription des médecins et sur leur signature. Mais les signatures des médecins ne sont pas toujours lisibles et bien souvent le pharmacien est en faute vis-à-vis de la loi en exécutant de semblables ordonnances. Les poursuites pour ce fait étant rares, nous croyons bon de signaler ici le jugement que le Tribunal correctionnel de Paris a rendu le 16 novembre 1895 contre un pharmacien :

Attendu que le pharmacien X... a préparé le remède de Y... sur une ordonnance que lui a remise celui-ci et qui ne portait pas la signature d'un médecin ;

Que cette ordonnance avait été faite par Y... lui-même qui y avait mis, ou fait mettre une signature illisible ;

Qu'il a donc contrevenu aux lois et règlements sur l'exercice de la pharmacie ;

Qu'il soutient vainement qu'il était autorisé par une pratique constante, à croire que l'ordonnance qu'on lui a présentée et qui était rédigée suivant la formule, avait bien été signée par un médecin, et qu'il n'avait pas l'obligation de rechercher, sous une signature illisible, le nom de celui-ci ;

Qu'aux termes de la loi, le pharmacien « ne doit débiter de drogues composées que d'après la prescription des docteurs en médecine et des officiers de santé et sur leur signature » ;

Qu'il est donc tenu de vérifier non seulement si l'ordonnance est régulière, mais encore si elle est réellement signée d'un médecin ;

Qu'il ne le fait pas lorsqu'il se contente d'une signature illisible, pouvant émaner du premier venu ;

Qu'il doit, au moins, en pareil cas, interroger son client sur le nom du médecin ainsi que sur son domicile, et, si le médecin lui est inconnu, s'assurer, à l'aide des annuaires et tableaux officiels, ou tout autrement, que les indications qu'on lui fournit sont exactes ;

Qu'admettre le contraire, en considération des exigences pratiques de la profession de pharmacien, serait supprimer une des garanties essentielles que le législateur a établies dans l'intérêt de la santé publique ;

Par ces motifs, condamne X...

Les religieuses d'un hôpital qui distribuent, aux malades non hospitalisés, des médicaments contreviennent-elles à la loi sur l'exercice de la pharmacie ?

Après un arrêt de cassation (7 novembre 1889) la Cour de Caen avait décidé que les hôpitaux ne pouvaient avoir de pharmacie que pour leur usage particulier intérieur (1er mai 1890).

Le 17 décembre 1889, le Tribunal de Saint-Etienne et plus tard la Cour de Lyon sur appel

de ce jugement, ont jugé : Qu'un hospice propriétaire d'une pharmacie, gérée par un pharmacien diplômé, peut vendre ou distribuer les médicaments au public à la condition expresse que cette vente ou distribution ait lieu dans l'hospice et non au dehors.

Le pourvoi dirigé contre ces jugement et arrêt, a été rejeté par la Cour de cassation le 8 janvier 1891.

C'est dire :

1° Qu'un hôpital peut avoir une pharmacie pour son usage ;

2° Que cette pharmacie, si elle est gérée par un pharmacien diplômé, est autorisée à vendre ou distribuer des médicaments aux malades non hospitalisés, c'est-à-dire venant du dehors, à la consultation seulement ;

3° Qu'il est interdit de faire porter à domicile ces médicaments ou de les distribuer dans des dispensaires (arrêt de Rouen) ou tout autre dépôt ou succursale ;

4° Enfin que, si l'hospice n'a pas de pharmacien, il ne peut distribuer ou vendre aucun médicament, même dans l'hôpital, à des non hospitalisés.

Des religieuses, même si elles tiennent la pharmacie d'un hôpital, ne peuvent donc ni vendre ni distribuer gratuitement des médicaments à des malades non hospitalisés, quand bien même ceux-ci seraient inscrits sur les listes d'assistance.

Gaston Thomas,
Conseil judiciaire.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de l'Arrondissement de Versailles

14 *Novembre* 1895

Présents : MM. Pineau, *président*, Bouzon, Cailleret, Calbet, Darin, Peyromore Debore, de Fourmestraux, Giberton Dubreuil, Gilles Brechemin, de Grissac, Groussin, Heliot, Jeanne, Lecuyer, Ledermann, Le Menant des Chesnais, Licke, Martin, Midrin, Pannetier, Pech, Pecker, Pineau, Pluyand, Raffegeau, Renous, Ribard, Rochefort, Surre, Toussaint.

Excusé, M. Nollet.

Le Président fait connaître à l'Assemblée que la réunion qui devait avoir lieu régulièrement en octobre a été retardée par suite d'une absence du Secrétaire, pendant que lui-même était souffrant.

A l'unanimité, sont admis comme membres du Syndicat, MM. Bourgeois, *de Sèvres*, Bapt, *de Garches*, Louth, *du Vésinet*.

Le Secrétaire rend compte de l'insuccès de sa démarche près du Dr Christen fils pour l'engager à reprendre sa démission.

Rapports des Médecins et des Compagnies d'Assurances contre les Accidents.

Le Président rappelle à ce propos que dans un des derniers numéros du *Concours Médical* (19 octobre 1895), le Dr Jeanne a adressé, à tous les médecins, un nouvel appel contre ces Compagnies, qui profitent constamment du manque de solidarité du Corps médical pour en exploiter les membres.

Le Secrétaire fait remarquer qu'en 1888, sous la présidence du Dr Fourmestraux, cette question a déjà été agitée au sein du Syndicat. Mais ce dernier était encore naissant et n'avait même pas de droit légal à l'existence, les documents manquaient, et il ne fut pas donné suite à la délibération d'alors.

Il importe donc, en la reprenant aujourd'hui, d'aboutir à des conclusions définitives.

Le Dr de Fourmestraux, après avoir fait de nouveau ressortir combien il est de l'intérêt de tous que cette question soit enfin tranchée bien nettement, expose qu'il y a deux points à considérer dans cette affaire :

1° Le rôle d'expert constitué par la délivrance des deux certificats réclamés par la Compagnie ;

2° Les soins à donner au blessé et leur rémunération.

Après une discussion à laquelle prennent part presque tous les membres présents, les conclusions suivantes sont adoptées :

1° Les membres du Syndicat acceptent d'être *médecins-experts* des Compagnies d'assurances, c'est-à-dire de délivrer des certificats de blessure et de guérison, à l'exclusion de tout soin.

Les honoraires dus pour chacun de ces certificats seront de 5 francs ;

2° Les soins intermédiaires rentreront dans la catégorie des soins donnés à tous les clients.

L'Assemblée décide, en outre, que d'ici le 1er janvier 1896, chaque médecin devra s'entendre avec les Compagnies auxquelles il est lié par des contrats, afin de les résilier dans le plus bref délai possible ou de les modifier suivant les conclusions adoptées ci-dessus.

Et pour pouvoir aplanir les difficultés que certains confrères pourraient rencontrer dans l'application des décisions syndicales, le bureau prie instamment chacun de ses membres de lui faire connaître dans le cours de janvier 1896, sa situation vis-à-vis des diverses Compagnies d'assurances contre les accidents.

Il est en outre convenu que le Secrétaire adressera, par lettre fermée, avec timbre pour la réponse, à chaque médecin non syndiqué de l'arrondissement, un exemplaire de la délibération, en lui demandant d'adopter la même ligne de conduite et en le priant de faire connaître sa décision.

Les Présidents des autres Syndicats du département, et les médecins de l'arrondissement de Mantes, qui ont des intérêts communs avec plusieurs des membres du Syndicat, seront mis au courant de ces conclusions, et appelés à se concerter en vue d'une application complète de la mesure votée pour le département de Seine-et-Oise.

Cette délibération sera également communiquée au docteur de Font-Réaulx (de Saint-Junien), président du Syndicat de la Haute-Vienne, à l'Union des Syndicats et au Concours Médical.

Compagnie de chemin de fer.

Le Docteur Peck fait ensuite part d'un différend qui s'est élevé entre lui et la Compagnie d'Orléans à propos d'honoraires, pour soins donnés à la victime d'un accident de chemin de fer.

Après étude et discussion, le Syndicat répond qu'il est dans son rôle de prendre en main la cause du confrère lésé, et que le Président fera

des démarches, reconnues utiles, auprès du service médical et auprès du contentieux de cette Compagnie.

Exercice illégal.

Plusieurs confrères entretiennent l'Assemblée des faits d'exercice illégal de la médecine, qui se sont produits récemment dans la région, et de l'abus de la consultation dans les officines.

Le Syndicat décide qu'une liste sera dressée des gens qui pratiquent couramment la médecine illégale dans l'arrondissement, que cette liste sera déposée par le Président entre les mains du Procureur de la République et qu'on y joindra, au fur et à mesure des délits, tous documents nécessaires en vue de poursuites.

En ce qui concerne les pharmaciens, il y aurait lieu de s'entendre avec leur Syndicat, présidé par l'honorable M. Rabot, afin que, préalablement à toute hostilité, un avertissement fût adressé à tous ceux qui n'hésitent pas à causer préjudice aux médecins, en donnant des consultions aux malades, avec autant d'incompétence que d'aplomb et d'âpreté au gain.

Recouvrements.

La répugnance qu'éprouve le médecin à poursuivre directement les débiteurs solvables, mais de mauvaise volonté, a suggéré l'idée de confier les recouvrements difficiles à un agent unique, choisi par le Syndicat.

Le docteur Toussaint (de Plombières), membre honoraire du Syndicat, qui assiste à la réunion, au milieu de ses anciens voisins de clientèle, signale le *Syndicat Français* (131, boulevard Sébastopol), comme ayant donné toute satisfaction aux médecins de Paris au sujet des recouvrements.

Il est décidé que le Bureau étudiera cette question pour la prochaine séance.

Rapports confraternels.

Un des membres présents ayant à se plaindre, pour un fait professionnel, d'un de ses confrères, une commission composée de MM. Pineau, Darin, Giberton, de Grissac, est nommée pour entendre les deux confrères en conseil de famille.

Ajoutons ici que cette commission, réunie avant l'impression du présent procès-verbal, a abouti à une explication loyale des deux confrères, qui se sont quittés après avoir échangé une franche poignée de mains.

Délégation.

Le Dr Giberton-Dubreuil, vice-président, est choisi, à l'unanimité des Membres présents, pour représenter le Syndicat à la prochaine réunion des Syndicats.

Le Secrétaire,
Dr Le Menant des Chesnais.

REPORTAGE MÉDICAL

A l'occasion du récent voyage du Président de la République, les membres du Concours, dont les noms suivent, ont reçu les décorations suivantes : *Officiers de l'instruction publique.* — MM. les docteurs Carence (de Toulon) et Doze (de Draguignan).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Bernard (de Toulon) et Garnier (de Marseille).

Le Ministre de la Guerre vient d'accorder un *témoignage de satisfaction*, pour le dévouement dont ils ont fait preuve en soignant gratuitement les militaires de la gendarmerie, ainsi que leurs familles, à MM. les docteurs Benoît (de Dieulefit) et Reverchon (de Nogent-en-Bassigny), membres du « Concours médical ».

— *Mort du Professeur Sappey.* — M. le Dr Sappey qui fut, pendant près de vingt ans, professeur d'anatomie à la Faculté de Paris, et se fit remarquer par d'importants travaux dans cette branche, s'est éteint samedi 14 mars, dans sa quatre-vingt-sixième année, en son appartement de la rue de Fleurus. M. Sappey avait pris sa retraite en 1886.

— *Syndicat général des médecins de la Seine.* — Le premier dîner de ce syndicat, qui en aura trois par an, a eu lieu le 25 février. Le président Dr *Geoffroy* a levé son verre à l'union, à la confraternité de tous les membres du corps médical, dans le travail, l'indépendance, le respect de soi-même et des autres. — M. *Paul Cornet* a bu à la fraternité médicale ; M. *Paul Archambaud* a porté son toast au nom de la presse médicale et politique, pour l'accueil qu'ils font aux syndicats médicaux, qu'ils avaient, à leurs débuts, tenus en suspicion et il n'a pas oublié, ce dont nous le remercions vivement, le *Concours Médical*, initiateur du mouvement syndical ; M. le Dr *Bérillon* a réclamé l'union des diverses sociétés médicales et la libéralité de leurs préoccupations, formulées par M. *Bilhaut* de cette façon : indépendance des médecins et des malades, et enfin M. le Dr *Tison* a revendiqué la liberté des malades.

— Un de nos confrères de Seine-et-Oise nous prie de prémunir nos lecteurs, contre la visite possible d'un agent d'une assurance fictive contre les accidents (cyclisme, chemin de fer, voitures ; etc.). La prétendue compagnie est inconnue ; mais l'agent se présente avec de telles références, que notre correspondant y a été pris lui-même et n'a découvert l'escroquerie qu'après avoir versé la première prime.

— *La Faculté (?) de Marseille.* — Les professeurs et étudiants de l'école de médecine de Marseille ont profité de la visite du président de la République pour présenter avec insistance leurs vœux en faveur de la création d'une Faculté dans cette ville.

— *Les étudiantes en Suisse.* — Les Facultés de médecine suisses comptent, actuellement, 1,004 étudiants, dont un tiers environ appartient au sexe féminin, exactement 303.

La plupart de ces étudiantes sont d'origine étrangère, 287 sur 303. Les étudiants suisses sont au nombre seulement de 625, dont 16 femmes.

Signalons à ce propos un article paru dans un des journaux suisses, qui constate l'influence favorable exercée par la présence des femmes sur les mœurs des étudiants. Les étudiants travaillent avec le zèle le plus louable et se font remarquer par leur assiduité aux cours, aux travaux pratiques, dans les laboratoires.

Il est à noter d'ailleurs qu'aux cours de clinique les femmes sont souvent plus nombreuses que les hommes et aux examens le sexe faible est, presque toujours, mieux coté que le sexe fort.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4.078. — M. le docteur Maugue, de Cournon (P.-d.-D), présenté par M. le docteur Bérillon, de Paris.

N° 4.079. — M. le docteur Grandjean, de Saillans (Drôme), présenté par M. le docteur Sève, de Die (Drôme).

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Manoury, de Paris, membre du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 13 28 Mars 1896



LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Société civile du Concours médical.

Séance du Conseil de Direction du 18 Mars 1896, à 2 heures.

Présents : MM. Cézilly, Maurat, Gassot.
Excusé : M. Gibert.

M. Jeanne assiste à la séance, sur convocation spéciale. Le conseil consacre, pour la seconde fois, la plus grande partie de la séance à l'examen approfondi d'une nouvelle *œuvre* de prévoyance médicale, visant surtout la famille du médecin.

Après discussion, il décide que ses propositions seront soumises à M. Léon Marie, membre de l'Institut des actuaires de France, qui donnera son appréciation pour la prochaine séance. Au cas où elle serait favorable, le Conseil décide que les frais de l'étude seront supportés par la caisse du Concours Médical.

Au sujet d'une demande d'assistance spéciale, faite par un membre du Concours, le Conseil examine les statuts qui lui interdisent les actes du genre de celui qui lui est réclamé. Il tâchera de trouver une combinaison convenable.

Le Conseil décide qu'il sera écrit, en son nom, à M. le docteur Peyron, directeur de l'Assistance publique, pour obtenir en faveur de Madame veuve M..., une situation dans les hôpitaux ou hospices.

A propos d'une invitation de la « *British medical Association* », il a été décidé que le Concours médical prendrait part au Congrès, dans la section que lui indique l'Association anglaise.

Le Conseil examine les comptes et constate :

1° l'achat de l'obligation Foncière 85, n° 335,473 et 1/5 obligation Foncière 85, n° 948.032, pour le compte de la société civile.

2° l'achat de deux obligations Foncières 1883 n°s 755,670 — 1.017038 au compte de la caisse de Prévoyance.

Le Conseil examine les affaires courantes et prend les décisions qu'elles comportent.

La séance est levée à 5 heures.

Association amicale des médecins français.

Séance du Conseil d'administration du 18 mars 1896.

La séance est ouverte à 4 heures sous la présidence de M. le docteur Cézilly, président.

Etaient présents : MM. Cézilly, Maurat, Jeanne, Gassot et Archambaud.

Le conseil accorde les indemnités suivantes :

Au sociétaire n° 150, 40 fr. pour 10 journées de maladie.
Au sociétaire n° 156, 1/2 B, 80 fr. pour 16 journées de maladie.
Au sociétaire n° 165, 120 fr. pour 12 journées de maladie.
Au sociétaire n° 184, 70 fr. pour 7 journées de maladie.
Au sociétaire n° 203, 310 fr. pour 31 journées de maladie.
Au sociétaire n° 237, 60 fr. pour 6 journées de maladie.

M. le docteur Jeanne, secrétaire-général, fait observer au Conseil qu'un certain nombre de confrères malades depuis plus d'un mois, n'ont pas donné de leurs nouvelles ; il est décidé qu'à l'avenir, tous les quinze jours, les sociétaires malades devront écrire au Conseil et la circulaire suivante leur sera adressée en réponse à la lettre informant le Conseil du début de leur maladie.

Mon cher confrère,

J'ai l'honneur de vous accuser réception de la lettre par laquelle vous m'annoncez le début de votre maladie.

Je vous prie de vouloir bien vous conformer exactement à l'article 32 des statuts, qui est ainsi conçu :

Art. 32. — Une déclaration, certifiée exacte par le médecin traitant, doit être adressée au Conseil d'Administration ou au correspondant de la Société pour la région, dès le début de la maladie, afin que le contrôle puisse en être fait en temps opportun.

Même formalité doit être remplie, dans le délai de 3 jours, au moment de la guérison et de la re-

prise du travail, sous peine d'une amende de 2 fr. par jour de retard.

Ces amendes seront versées à la caisse auxiliaire.

Vous voudrez bien, en outre, si votre maladie dure plus de quinze jours, nous envoyer chaque quinzaine des nouvelles de votre santé, en faisant remplir l'un des bulletins ci-joint par votre médecin traitant.

L'indemnité vous sera allouée à la fin de votre maladie, aussitôt après la réunion la plus prochaine du conseil d'administration qui se réunit tous les trimestres et est chargé de statuer sur l'examen des pièces que vous êtes tenu de fournir.

Veuillez agréer, etc.

M. le Docteur Gassot, trésorier, donne l'état de la caisse à ce jour.

Un certain nombre de sociétaires n'ayant payé ni leur cotisation de juillet 1895, ni celle de janvier 1896, vont être mis en demeure de faire leurs versements pour fin juin, sous peine de radiation des listes de la société.

Sont ensuite admis MM. :

Combinaison A.

Lorieux, de Ploërmel. — Billon, de Paris. — Chaumier, de Lyon. — Grandjean, de Saillans (Drôme). — Didier, de Lille. — Tessier, de Cheveroche (Allier). — Perrin, de Saint-Claude (Jura). — Martin-Raget, d'Arles (Bouches-du-Rhône). — Couturier, de Beaurepaire (Isère).

Combinaison B.

Madinier, de Lyon. — Pitre, de Craponne (Rhône). — Caussin, d'Auvers (Seine-et-Oise). — Fuzet du Pouget, de Castcljau (Ardèche). — Terras, de Saint-Rémy-de-Provence (Bouches-du-Rhône). — Molle, d'Aubenas (Ardèche). — Charrière, de Souvigny (Allier). — Chabanon, de Villefort (Lozère). — Brus, de Conchez (Basses-Pyrénées). — Chabbert, de Toulouse. — de Foucher de la Ligerie, de Dampierre (Jura). — Poncet, d'Anlezy (Nièvre). — Petitjean, de Decize (Nièvre). — Moreau, de Chatillon-sur-Sèvre (Deux-Sèvres).

La séance est levée à 6 heures 1/2.

Le secrétaire des séances,
Dr Paul ARCHAMBAUD.

LA SEMAINE MÉDICALE

La septicémie péritonéale aiguë post-opératoire.

M. le docteur *Jayle*, de Paris, a consacré sa thèse à l'étude de faits extrêmement intéressants, qui démontrent péremptoirement que la plupart des cas de mort post-opératoire sont dus, non pas au shock, mais à l'infection péritonéale suraiguë.

Les conclusions de M. Jayle sont les suivantes :

Quand un malade meurt après laparotomie et qu'il ne succombe ni à l'hémorrhagie, ni à une complication viscérale ou autre, ni à l'évolution naturelle de l'affection, l'échec opératoire doit être attribué à la septicémie péritonéale.

L'examen de la sérosité péritonéale, recueillie immédiatement après la mort, démontre toujours la présence de microbes pathogènes, remarquables par leur vitalité. Le streptocoque est le plus fréquent et se retrouve parfois dans le sang.

La septicémie péritonéale s'accompagne de lésions d'autant moins accentuées que l'infection est plus aiguë ; la production du pus indique la réaction de l'organisme et doit être considérée comme une tendance vers la guérison.

La marche des accidents dépend : *a*) de la virulence de l'agent infectieux ; *b*) de la résistance de l'opéré.

L'étude étiologique des cas d'infection, démontre qu'ils sont dus à l'introduction, dans le péritoine, soit de microbes extrêmement virulents, soit de microbes de virulence moyenne ou presque nulle. Les premiers déterminent fréquemment la septicémie, quel que soit l'état du péritoine (irrité ou sain). Les seconds ne donnent naissance à des accidents que s'il existe du liquide stagnant dans le péritoine dont l'état d'irritation entre aussi en ligne de compte.

Les germes sont, en l'état actuel de la chirurgie, généralement apportés par les mains des opérateurs.

Les mains doivent être, en conséquence, d'une propreté méticuleuse. Toute plaie infectée et tout foyer de suppuration à leur surface, si faible soit-il, doit être regardé comme une contre-indication *absolue* à la pratique des laparotomies.

Quand éclatent des accidents d'infection, dans un service de chirurgie, toute opération aussi grave que l'ouverture du péritoine, doit être remise, à moins d'urgence extrême. Dans ce dernier cas, on redoublera de précautions.

Le voisinage de suppurants est fâcheux, quand on pratique des laparotomies. Beaucoup de désastres chirurgicaux seraient évités, si le même chirurgien n'était pas chargé d'ouvrir des phlegmons et des péritoines.

La septicémie péritonéale peut être déterminée par l'ouverture, au cours de l'opération, de foyers de suppuration contenant des germes virulents.

Pour rendre responsable d'une infection péritonéale le pus d'une collection quelconque, il est indispensable d'en avoir pratiqué l'examen bactériologique. Le pus est si fréquemment stérile, en particulier dans les suppurations pelviennes chroniques, qu'il ne faut pas l'incriminer toujours, en cas d'échec.

Néanmoins, le pus amicrobien peut être considéré comme un irritant et, par suite, il faut toujours en éviter l'irruption dans le péritoine ; s'il ne détermine pas la péritonite, il peut assurément en favoriser l'éclosion.

La septicémie, d'origine intestinale, provoquée par le passage des microorganismes à travers les parois de l'intestin simplement paralysé et dilaté, est une pure hypothèse sans preuves.

La paralysie, la dilatation, la vascularisation intestinales, loin d'être la cause de la péritonite paraissent en être les effets immédiats.

Les symptômes, qui caractérisent la septicémie péritonéale aiguë, sont très variables.

Néanmoins, la rapidité du pouls (125 et au-dessus) paraît être le meilleur et le plus sûr de tous les symptômes. Il ne faut pas trop se fier à la température, ni au nombre relativement restreint des respirations ; fréquemment, l'état de sécheresse de la bouche, les vomissements, le ballonnement du ventre, la douleur même, font

plus ou moins défaut, attendu qu'ils n'ont pas eu le temps de se produire. Un signe, assez difficile à apprécier, mais qui a son importance, est la teinte subictérique des téguments ; elle répond aux lésions hépatiques que l'on trouve aux autopsies. Tantôt il y a de l'agitation, tantôt celle-ci fait défaut complètement. « Le pronostic de la septicémie péritonéale aiguë est le plus souvent mortel.

La terminaison fatale peut survenir dès le deuxième jour, le plus souvent le troisième et le quatrième, parfois plus tard.

Le traitement des formes suraiguës reste à trouver : l'injection du sérum antitoxique pourrait seule, peut-être, arrêter les accidents.

Dans les formes aiguës on rouvrira le ventre, bien que les chances de guérison soient faibles.

Dans les cas subaigus, où la suppuration s'est produite, la laparotomie secondaire permettra quelquefois de sauver l'opéré.

Il faut favoriser l'élimination des toxines par les purgatifs et les diurétiques.

Les symptômes fonctionnels (douleurs abdominales, vomissements, soif) doivent être calmés dans la mesure du possible. Il ne faut pas proscrire, de parti pris, toute boisson, et n'avoir jamais recours à la morphine. »

En résumé, M. Jayle a le grand mérite de montrer aux chirurgiens que la plupart du temps, s'ils perdent des opérés de laparotomie, peu de jours après l'intervention, c'est non pas au shock qu'ils doivent attribuer cet échec, mais à l'insuffisance de leurs procédés antiseptiques, principalement à l'incomplet nettoyage de leurs mains.

Influenza et grossesse.

L'influenza est une maladie infectieuse et comme telle, elle a une influence considérable sur la grossesse. M. le Dr Ruffié a fait à ce sujet un travail très instructif basé sur les observations prises dans sa pratique professionnelle, dans une petite localité (Gemenos) où la connaissance qu'il avait de tous les habitants facilitait beaucoup ce genre de recherches (1).

Les faits qu'il a recueillis, au nombre de 183, lui ont permis tout d'abord de conclure que :

1° La grippe influence la grossesse au même titre et presque dans les mêmes proportions que le choléra, la variole, la dothiénentérie et l'impaludisme ;

2° L'avortement en est la conséquence la plus fréquente et la plus directe. Il se produit dans la proportion de 41,86 % chez les femmes gestantes influenzées ;

3° L'accouchement prématuré s'observe dans une proportion plus faible 27,9 %. — L'action du poison grippal est plus funeste à l'enfant qu'à la mère.

Il est à remarquer, en effet, que dans tous les cas observés par M. Ruffié, sauf un, la mère a guéri de sa grippe.

Il en résulte que cette maladie constitue, pour la femme enceinte, un danger qu'il faut s'efforcer d'éviter. Or, pour cela, le moyen qui paraît le plus efficace consiste dans la pratique d'une antisepsie minutieuse du vagin.

(1) *Journal de méd. et de chir. pratiques*, 1896.

Peut-être verra-t-on la gestante, sinon éviter l'influenza, du moins échapper à un avortement et aux complications du post-partum.

L'efficacité de l'antisepsie vaginale, comme moyen prophylactique de l'avortement par la grippe, ne saurait paraître extraordinaire, si l'on se rappelle un fait important signalé à Marseille par M. le professeur Queirel. A la Maternité de l'Hôpital de la Conception à Marseille, pendant toute l'épidémie de l'année 1890, « alors que la maîtresse sage-femme, les élèves et les domestiques ont toutes payé tribut à l'épidémie, pas une femme enceinte ou accouchée, n'a été grippée ; fait heureux, car le docteur Queirel a vu en ville trois femmes enceintes avorter à la suite de la grippe. Il se demande si cette immunité remarquable ne serait pas due à l'emploi fréquent du sublimé chez les accouchées et les femmes enceintes. »

Il ne s'agit que d'une hypothèse ; mais il y a là une raison suffisante pour recommander à la femme enceinte, en temps d'épidémie de grippe, une antisepsie vaginale sérieuse.

C'est à l'antisepsie vaginale que M. Ruffié avait attribué la non interruption de la grossesse chez plusieurs femmes très infectées par la grippe et qui ont souffert des reins et de la matrice, pendant toute la durée de la gestation.

L'antipyrine est un excellent médicament pour calmer dans la grippe et la grossesse l'excitation du système nerveux central et les douleurs utérines.

Par son action sédative et celle du laudanum, il a pu faire cesser, sur deux femmes, atteintes de grippe, les contractions utérines, qui s'étaient déclarées au septième mois et faire aboutir leur grossesse à son terme.

Le gaïacol comme anesthésique.

Si les faits continuent à démontrer la valeur réelle du gaïacol comme anesthésique, ce sera bientôt fait de la cocaïne qui, en définitive, est plus dangereuse que le gaïacol et donne peut-être moins de bons résultats. Plusieurs confrères ont, en effet, employé le gaïacol en solution huileuse stérilisée à 1/20, dans un grand nombre d'opérations de petite chirurgie très douloureuses et en ont obtenu des succès surprenants. Pour l'avulsion des dents, pour l'incision d'anthrax, de panaris, d'abcès profonds, une ou deux injections sous-cutanées d'huile gaïacolée autour de la région où portera l'incision ont procuré une insensibité absolue.

Le seul inconvénient, bien minime, il est vrai, c'est de nécessiter une attente de dix à douze minutes entre le moment de l'injection et le moment de l'incision.

Que les praticiens ne négligent pas cette découverte moderne si pratique.

OBSTÉTRIQUE PRATIQUE

De l'application du forceps.

Ce sujet, maintes fois traité ici et ailleurs, mérite aujourd'hui une attention nouvelle depuis que le professeur Pinard et son école, ont démontré quel danger courait le fœtus dans les applications intempestives ou trop élevées. L'appli-

cation du forceps au détroit supérieur semble en effet avoir vécu, depuis que la symphyséotomie, si bien réglée par le professeur Farabeuf, a donné à la clinique Baudelocque de merveilleux succès. Les indications du forceps sont donc réduites ? Quelles sont ses indications, et à quelles conditions l'accoucheur devra-t-il obéir, désormais, dans toute application de forceps ?

Les indications de l'application du forceps constituent une des questions les plus délicates de la pratique obstétricale, et, il ne faut pas se le dissimuler, peu de jeunes médecins au terme de leurs études, ont été suffisamment initiés à l'obstétrique, pour savoir adopter une ligne de conduite ferme et raisonnée. On sait bien « que « le forceps n'est nécessaire qu'autant qu'il est « utile, et qu'il ne faut jamais faire d'applica- « tion de complaisance, » on n'ignore pas non plus que l'application du forceps est « indiquée « lorsqu'il y a intérêt à le faire soit pour la mère, « soit pour l'enfant, quelquefois pour les deux ».

Mais ces indications générales, très justes dans la bouche d'un élève répondant à un examinateur, sont presque banales à force d'être vraies pour l'opérateur qui se trouve au bord du lit d'une parturiente.

La question est complexe, et il faut distinguer les cas faciles, où une indication générale se pose, des cas plus complexes où une difficulté spéciale vient mettre obstacle au mécanisme de l'accouchement.

Les indications générales peuvent venir de la mère ou de l'enfant. De la mère ce seront par exemple une attaque d'éclampsie, une hémorrhagie grave par rupture utérine ; une syncope prolongée ou une crise d'asystolie aiguë, chez une cardiaque ; la faiblesse extrême d'une femme cachectique ou surmenée.

Il n'y a, là, pas de discussion possible, et il faut intervenir au plus tôt.

Le fœtus en danger de mort, par troubles de la circulation fœto-placentaire, réclame l'application du forceps : Les signes de la souffrance de l'enfant sont bien connus ; c'est le rejet du méconium, qui teinte en vert le liquide amniotique, pendant le travail, et surtout les modifications des bruits du cœur qui deviennent sourds, ou se ralentissent au-dessous de 80 pulsations, ou s'accélèrent au-dessus de 140.

Donc, dans ces cas-là, pas d'hésitation possible. Il n'en est pas de même quand un incidenanormal vient entraver le mécanisme de l'accouchement. Il faut schématiquement distinguer plusieurs cas, qu'il est facile de se remémorer au lit du malade. D'où vient l'obstacle ? Soit de la mère et alors on peut incriminer l'utérus agent de propulsion, ou la filière pelvi-génitale, voie d'expulsion — soit du fœtus.

L'agent de propulsion, ou, plus généralement, l'effort diminue de vigueur : l'utérus, fatigué, présente de l'inertie, ne se contracte qu'à intervalles de plus en plus espacés ; les muscles abdominaux distendus par l'utérus gravide ou peu vigoureux naturellement, prêtent à l'utérus une sangle insuffisante ; la parturiente, épuisée, découragée, se lasse, et ne favorise en rien les contractions utérines d'ailleurs peu douloureuses. S'il est facile de se rendre compte de cet état, il n'en est plus de même lorsque l'obstacle siège dans la filière pelvi-génitale. Nous réservons, pour le discuter tout à l'heure, le cas où la tête est retenue au détroit supérieur, et envisageons celui où l'extrémité céphalique est engagée.

Dans l'excavation, une tumeur dépendant ou non du squelette, ou une viciation du bassin, peuvent arrêter le fœtus. Nous supposons que l'accoucheur n'a pas vu la parturiente au cours de la grossesse, car alors sa conduite aurait varié suivant le siège, le volume, la posture de l'obstacle.

On conçoit toutes les difficultés qu'offrent les différents cas qui peuvent alors se présenter. En général, le médecin appelé dans de pareilles circonstances, partagera la responsabilité de son intervention avec un confrère. Leur conduite variera suivant la valeur relative du rétrécissement de la filière ; car le rétrécissement est évidemment une chose toute relative, et fera décider l'application du forceps, ou la symphyséotomie, si l'enfant est toujours vivant. On conçoit que l'on ne puisse, à priori, poser une loi générale.

L'obstacle peut venir des parties molles, chez les primipares âgées surtout. La tête a déjà paru à la vulve, elle rentre paresseusement dans l'intervalle des contractions ; il semble que l'accouchement se terminerait, pour peu que la femme veuille pousser.

Et cependant, il n'en est rien, malgré les essais inutiles de la sage-femme, qui tente avec son doigt de distendre le périnée, de faire une dilatation pré-fœtale pour ainsi dire.

C'est que, ce n'est pas le périnée qui arrête la tête, c'est, ainsi que l'a démontré Varnier, la résistance du coccyx à se laisser rétropulser. « Il « peut arriver, dit le professeur Farabeuf, qu'au « moment où la tête fœtale, rotation faite, solli- « cite de la boutonnière pubo-coccygienne un « agrandissement qui l'égale à ses diamètres « sous-occipito bregmatiques d'abord, sous-occi- « pito frontal ensuite, le coccyx soit, par rigi- « dité, incapable de se laisser rétropulser. La « distance pubo-coccygienne qui est en moyenne « de 85 millimètres à l'état de repos, doit aug- « menter d'environ 30 millimètres au moment du « passage du front. Il n'est pas indispensable « que l'articulation sacro-coccygienne jouisse « de mouvements étendus ; mais alors il faut que « les 2 premières pièces ou grosses pièces du « coccyx, ne soient pas ankylosées, afin que la « seconde joue librement d'avant en arrière, « emportant avec elle les petites pièces termi- « nales. Que faire en cas de rigidité ? Assouplir, « forcer le coccyx en arrière à l'aide du pouce « introduit dans le vagin ou dans le rectum. En « cas d'ankylose ou de raideur invincible ? la « coccytomie. »

Enfin, Boissard a montré le rôle dystocique joué par ce que l'on a désigné sous le nom de barrure. Chez certaines femmes, la vulve regarde trop en avant ; la commissure antérieure remonte jusque sur le pubis, la fourchette ou commissure postérieure se rapproche du bord inférieur du pubis. Chez ces femmes la dernière période d'expulsion est très longue et nécessitera souvent une application du forceps.

Nous venons de voir que la marche normale de l'accouchement pouvait être entravée par un obstacle provenant de la mère, il peut venir aussi du fœtus : tels sont le volume exagéré soit de tout le fœtus, soit de son crâne seul ; ou au contraire la petitesse de l'enfant, dont la tête se

défléchit ou donne moins de prise à l'action du muscle utérin pour l'accommodation ; enfin les positions défavorables de la tête qui descend en position postérieure, par exemple, ou avec un bras en procidence. Le toucher permettra, dans tous ces cas, de trouver l'obstacle, et de savoir si le forceps est indiqué.

Tels sont les obstacles à l'accouchement normal, qui nécessiteront l'application du forceps ou tout au moins la feront discuter. Ces indications seront quelquefois isolées, quelquefois associées, car il n'est pas défendu à une primipare, en menace d'éclampsie, d'avoir un fœtus gros et un périnée résistant.

Mais toutes ces considérations sont théoriques, et, s'il doit les repasser dans son esprit, l'accoucheur au lit de la parturiente, veut et doit avoir une règle pratique qui limite son expectation. Il est pour cela un principe classique bien connu d'ailleurs aujourd'hui par tous les praticiens : *il faut recourir au forceps chez toute femme en période d'expulsion, si la tête fœtale, à nu dans l'excavation, demeure sans progresser au moins deux heures.*

Cette loi souffre quelques contre-indications. Elles sont faciles à résumer. On n'appliquera pas le forceps :

1° Si l'on juge qu'il y a disproportion entre le volume du fœtus et les dimensions de la filière ;

2° Si dans le bassin oblique ovalaire l'occiput est dirigé du côté rétréci ;

3° Si le fœtus est mort ; car le but du forceps est de sauver l'enfant.

S'il est mort il est inutile de léser la mère, et on doit avoir recours à la basiotripsie.

Nous connaissons les différents cas où l'on sera appelé à appliquer le forceps et ceux où l'on rejettera son application. Mais toute application de forceps repose sur des conditions nécessaires, absolues, sans lesquelles on n'est nullement autorisé à intervenir. Parmi ces conditions les unes sont devenues de véritables axiomes.

Il faut, pour appliquer le forceps :

1° Que le *diagnostic exact de la présentation de position et de la variété de position ait été fait*, et pour cela il faudra introduire au besoin la main entière pour aller chercher l'oreille du fœtus qui se trouve en arrière, l'oreille postérieure ;

2° Que *les membranes soient rompues*

3° Que *l'orifice utérin soit dilaté ou complètement dilatable* ; sinon on aura des déchirures du segment inférieur pouvant intéresser l'artère utérine et donner lieu à une hémorrhagie grave

Enfin, il existe une autre condition bien mise en lumière par les professeurs Pinard et Farabeuf, condition qui s'appuie sur les raisons résumées par le Docteur Wallich, chef de clinique à la Faculté : c'est l'engagement de la tête.

Il faut que la tête soit engagée, pour qu'on soit autorisé à faire une application de forceps. Quand on examine, par le palper, une femme enceinte, tout près du terme, et que l'on trouve une présentation du sommet, tantôt on constate une tête mobile au-dessus du pubis, tantôt au contraire la tête plonge dans le bassin où elle est fixée. Au toucher, dans le premier cas, la tête est haute et mobile, elle n'est pas engagée ; dans le second cas elle remplit l'excavation, elle est engagée.

« Mais entre ces cas extrêmes, dit Wallich, « la tête suit un certain chemin dans sa descente « à travers le bassin pour s'engager. Il est de « toute nécessité, avant de faire une application « de forceps, de savoir à quel niveau du bassin « se trouve la tête et quel est le chemin qu'elle « doit parcourir pour être extraite. »

Si la tête est trop haute, si elle est encore au détroit supérieur, que votre prise soit bonne ou mauvaise, les branches de l'instrument étant forcées, naturellement, de sortir par l'espace coccy-pubien, « les cuillères de l'instrument, qui font « suite aux branches, vont dans la profondeur « former un pont de fer sur la concavité du sa- « crum ; elles vont ponter le sacrum.— » Or cette concavité sacrée est indispensable pour l'engagement, pour l'évolution de cette tête autour du promontoire comme centre, car c'est dans cette concavité que va se loger le pariétal postérieur. Ce sera impossible si la branche du forceps est là, et jamais la tête du fœtus ne passera intacte entre elle, en arrière, et la symphyse, en avant. Oui, la tête passera si on tire, en se mettant quelquefois deux, trois, pour cette œuvre. Mais en fracturant le pariétal antérieur écrasé par le pubis. Si l'enfant est vivant, il succombe quelques heures après.

« Sur 15 forceps au détroit supérieur rétréci, « pratiqués de 1860 à 1870 dans une école d'accou- « chements, 3 enfants sont sortis vivants ; 5 ont « été extraits morts et 7 sont morts après la « naissance. » (Varnier.)

Au point de vue expérimental, M. Farabeuf a expliqué ces résultats cliniques :

« Le forceps introduit dans cet anneau osseux « (le bassin) comme un porte-crayon dans sa virole, « suivant l'expression de Pajot, représente un « coin très allongé que l'on tire à travers un « anneau inextensible. La force de traction se « trouve quelquefois multipliée dans des propor- « tions énormes. Plus les forces du coin se rap- « prochent du parallélisme, plus s'augmente « cette action qui peut atteindre et atteint sou- « vent dans la pratique plusieurs centaines de « kilogrammes (300 kilogrammes !). « Quelques- « uns cependant continuent, au détroit supérieur « du bassin rétréci, à se servir du forceps ! Pau- « vres fœtus ! »

Il faut donc, avant d'introduire un forceps, que l'engagement de la tête se soit fait suivant son mécanisme naturel. Mais comment reconnaîtra-t-on, à coup sûr, que la tête est engagée. « Il « ne suffit pas, dit Farabeuf, de sentir la tête dans « l'excavation, pour avoir le droit de la dire en- « gagée, il faut que les deux extrémités du grand « diamètre céphalique soient sous ou dans le dé- « troit supérieur. »

Comment l'accoucheur reconnaîtra-t-il *pratiquement* qu'il en est ainsi ? Farabeuf ajoute alors qu'il existe deux éléments nécessaires et suffisants pour ce diagnostic. Ces deux signes sont :

1° La distance de la suture sagittale au sous-pubis, qui doit être égale à 55 ou 60 millimètres.

2° La hauteur du pôle au-dessus du plan coccygien, qui doit permettre le passage de *trois doigts* de champ.

Donc, supposons-nous auprès d'une femme chez laquelle la dilatation est complète, les membranes rompues ; la tête ne progresse plus depuis au moins deux heures ; une application de forceps est indiquée. Peut-on la faire ? Oui

si la tête est engagée. L'est-elle ? Pour le vérifier, pratiquer le toucher suivant les règles connues. Commencez par chercher la suture sagittale ; mesurez la distance qui sépare le bord inférieur de la symphyse de cette suture ; vous trouvez de 55 millimètres à 60. La tête est peut-être engagée ; si on trouvait moins, elle ne le serait pas.

Pour être sûr de l'engagement il faut pratiquer la seconde manœuvre qui consiste à placer *trois doigts de champ sur la ligne médiane entre la tête et le plan* OSSEUX COCCY-SACRÉ. Si on ne peut placer que deux doigts on en conclut que la tête est engagée. On peut alors faire l'application de forceps suivant les règles connues.

Cette condition de l'engagement de la tête, loin de compliquer les choses, les simplifie, en imposant l'attente aux impatients, en évitant une erreur aux convaincus, en guidant tous les accoucheurs vers une autre intervention que celle, si nuisible, du forceps au détroit supérieur, c'est-à-dire la symphyséotomie.

A. PASCAL,
Interne des hôp. de Paris.

MÉDECINE PRATIQUE

Les traitements empiriques de l'hydarthrose.

(Suite.) (1).

Les vieilles hydarthroses.

Dans mon premier article, il s'est glissé quelques fautes d'impression : il en est une contre laquelle je tiens à protester parce qu'elle tend à m'attribuer une opinion par trop subversive. On a imprimé « ceux que hante la *fantaisie* de l'infection ». Ce n'est pas ce mot que j'avais écrit, et je tiens à déclarer que je ne considère pas du tout l'infection comme une fantaisie, mais bien comme une réalité. Seulement l'expérience nous apprend que cette infection est heureusement beaucoup plus rare qu'on ne serait tenté de le croire a priori, et qu'il n'y a pas lieu de s'en inquiéter dans le cas qui nous occupe.

Lorsqu'il s'agit de vieilles hydarthroses affectant soit l'un des genoux, soit les deux à la fois, il ne faut plus compter sur les applications d'emplâtre de Vigo. Les anciens chirurgiens avaient recours, dans ces cas, à des révulsifs énergiques, moxas, cautères potentiels, raies de feu. Ces moyens, qui avaient cependant procuré des guérisons, ont été successivement abandonnés. En 1857, M. le Dr Notta, de Lisieux, publia dans les *Archives générales de médecine*, un mémoire sur la cautérisation transcurrente dans le traitement des tumeurs blanches. Il constate que pendant son séjour comme interne dans les hôpitaux de Paris, la plupart des chefs de service avaient proscrit l'emploi des révulsifs énergiques dans le traitement des maladies articulaires.

Néanmoins, dit-il, *les seules guérisons* qu'il m'ait été donné de constater, étaient dues à la cautérisation ignée, et aux cautères potentiels, moyens que M. Nélaton avait continué à employer. Dans la clientèle privée, M. Notta appliqua, d'une façon méthodique, et suivant certaines règles qu'il indique dans son travail, la cautérisation ignée au traitement des tumeurs blanches, et en obtint de nombreux succès. Cela valait bien la résection de l'articulation, préconisée dès 1850 en Angleterre par Fergusson, et pratiquée en France à la suite du classique mémoire de Le Fort, en 1859. On ne peut s'expliquer l'abandon des anciennes méthodes de traitement que par l'engouement que suscitèrent les résections articulaires, qui ne constituaient, en somme, qu'un progrès médiocre, puisqu'on avait de nombreux insuccès, et que l'ankylose du membre était le résultat cherché et obtenu dans les cas heureux.

Dans la pratique, on sait combien il est difficile d'établir un diagnostic différentiel précis entre certaines hydarthroses chroniques et une tumeur blanche au début. Au point de vue du traitement, ces cas se confondent, et il faut agir comme si l'on avait affaire à une arthrite de nature spécifique. Pendant plusieurs années, j'ai exclusivement employé la méthode de Notta : j'ai obtenu quelques succès, mais aussi des demi-succès et voici pourquoi. Le traitement est très long et nécessite dans certains cas jusqu'à trois et quatre applications de raies de feu. Or, après une ou deux applications, les malades refusent une nouvelle intervention, qui nécessite chaque fois l'anesthésie locale, presque toujours insuffisante, ou l'anesthésie générale, très souvent mal acceptée par le malade et son entourage. Il en résulte que l'amélioration obtenue n'est pas durable, la récidive survient, et, comme dans la clientèle rurale tout est connu et commenté, la méthode est dès lors condamnée.

Nous avons donc été forcément amené à chercher autre chose, et nous nous sommes arrêté à un procédé qui nous a donné de bons résultats jusqu'à présent. Un jour, en accouchant une de mes clientes, d'ailleurs parfaitement ingambe, je constatai qu'elle présentait, à l'un des genoux, de longues cicatrices linéaires. Elle me raconta, à ce sujet, qu'ayant été atteinte d'une tumeur blanche de ce genou, pour laquelle elle avait subi divers traitements, elle avait enfin été définitivement guérie par un vieux médecin qui lui avait fait des cautérisations avec *un acide très fort*. Je soupçonnai qu'il s'agissait d'acide sulfurique ou azotique et je fus confirmé dans cette idée par la lecture d'un mémoire d'Emile Duval, sur les déviations du rachis, dans lequel il recommande comme très efficace contre le mal de Pott, les cautérisations à l'acide sulfurique, suivant une méthode préconisée par son père Vincent Duval, le célèbre orthopédiste (1).

J'appliquai donc, au traitement des vieilles hydarthroses, le procédé de Duval, en m'inspirant des conditions particulières que présentait la région sur laquelle j'opérais, et je n'eus qu'à m'en féliciter. En effet, point n'est besoin d'insensibiliser ni d'endormir le malade, l'application du caustique n'étant pas immédiatement douloureuse, ce qui fait accepter l'intervention sans aucune difficulté. Voici comment je procède. Avec une baguette de verre trempée dans de l'acide sulfurique ordinaire du commerce, je trace des raies parallèles à l'axe du membre, et distantes l'une de l'autre de deux centimètres

(1) V. *Concours medical*, 1896, p. 116.

(1) *Des diverses déviations de la colonne vertébrale*, par E. Duval, Paris, Germer-Baillière, 1885.

au moins, de façon à circonscrire l'articulation dans une série de lignes ellipsoïdales concentriques. J'ai soin de bien imprégner la peau, sans produire de bavures (éponger vivement avec de la ouate hydrophile, s'il s'en produit). Une traînée rouge marque le passage du caustique. Quand toutes les raies ont été tracées, je sèche bien leur surface en les tamponnant légèrement avec de la ouate, puis j'entoure l'article de deux épaisses feuilles de ouate (1), et je comprime énergiquement avec une bande de flanelle. Il est bon de mettre le membre dans une large gouttière, ou tout au moins de le fixer à une longue attelle latérale, surtout si l'articulation est très douloureuse. Les heures qui suivent sont incontestablement pénibles : les femmes et les enfants pleurent : chez les vieillards, la réaction m'a paru beaucoup moins vive. Il n'y a plus qu'à laisser le bandage en place, et à le resserrer quand il se lâche. Au bout de 15 jours ou trois semaines, on peut lever l'appareil, examiner l'articulation, et réappliquer un bandage : dans quelques cas j'ai mis un bandage silicaté pour permettre aux malades de se lever.

Les raies caustiques guérissent plus ou moins vite suivant les sujets : je n'ai eu qu'une fois des ennuis à ce sujet chez un client très âgé (80 ans), que je ne pouvais surveiller suffisamment vu son éloignement, et dont la cicatrisation fut très lente. Fort heureux d'avoir retrouvé l'usage de ses jambes, il était constamment levé et déambulait dans son appartement, ce qui n'était pas de nature à favoriser sa guérison. Elle eut lieu cependant, complète, et pendant les quelques années qu'il a vécu ensuite, il n'a jamais cessé de monter et descendre ses escaliers, ce qu'il était auparavant dans l'impossibilité absolue de faire.

Chez les enfants, la cicatrisation est plus rapide. Dans tous les cas, elle est généralement sous-crustacée. D'ailleurs, il est probable que la lenteur de la cicatrisation est une des conditions de l'efficacité du traitement.

Sans doute cette méthode a ses inconvénients, mais elle est d'un emploi commode dans la pratique rurale, et elle procure des guérisons qu'on ne pourrait obtenir qu'au prix d'opérations graves et auxquelles les malades ne se résignent que bien difficilement. La douleur consécutive pourrait être combattue par des injections souscutanées de morphine : toutefois, je n'y ai jamais eu recours. En résumé, je crois pouvoir recommander ce mode de traitement, à ceux de mes confrères qui, exerçant dans des petits centres, ne se trouvent pas dans les conditions voulues pour intervenir chirurgicalement dans les vieilles hydarthroses, si rebelles et si désespérantes.

RUSTICUS.

DÉONTOLOGIE MÉDICALE

Nous reproduisons la lettre ci-dessous, qui présente un véritable intérêt, et que nous avons soumise à l'examen attentif du Conseil de Direction, dans sa séance du 18 mars.

Monsieur et très honoré Confrère,

Dans notre dernière réunion du Syndicat régional de Nîmes, j'ai pu constater en quelle estime était tenue votre vaillante feuille et combien vos conseils nous étaient précieux.

Au nom de plusieurs confrères, je viens aujourd'hui vous prier de préciser le point de Déontologie médicale suivant, qui nous semble assez embarrassant.

Dans une localité des environs de Nîmes, que je ne veux pas désigner ici, est venu s'installer un confrère aux procédés douteux et si peu scrupuleux, qu'il a eu le talent de grouper, contre lui, dans une sorte de ligue défensive, tous les médecins de sa ville, y compris les membres de notre Syndicat.

Ce Docteur est donc mis en quarantaine ; on le lui a déclaré et il sait parfaitement qu'il ne doit pas compter sur l'appui de ses confrères.

Mais voici qu'un de nos anciens clients quitte Nîmes et va élire son domicile dans la ville où le confrère en question exerce ses talents. Il y tombe malade et se confie à ses soins. Mais comme la maladie dure trop à son gré, ou parce qu'il s'est produit une complication, il lui vient à l'idée d'écrire à son ancien médecin de Nîmes, en qui il avait confiance ; il le met au courant de sa situation et l'appelle en consultation.

Or, qu'a fait notre excellent confrère ? — Il est allé au secours de son client, sans s'arrêter aux considérations d'un autre ordre, et plusieurs d'entre nous l'ont blâmé d'avoir accepté, en consultation, le médecin mis à l'index.

Eh bien ! je vous le demande, que faut-il faire en pareille occurrence ? — Si on n'accepte pas une consultation en commun, ne se prive-t-on pas, au détriment du malade, de renseignements indispensables, du médecin traitant seul connus ?

Si par hasard on est appelé pour faire une intervention dystocique, en trouvant installé au chevet de l'accouchée le docteur susdit, doit-on et peut-on refuser son concours, ou bien forcer la famille à se débarrasser de lui ?

Est-il bien convenable de faire entrer nos malades et en pareil moment, dans nos querelles de ménage ?

Croyez-vous que la dignité professionnelle n'en pâtirait pas quelque peu ?

Et, d'autre part, si nous passons outre, à quoi bon fulminer contre les mauvais confrères et nous syndiquer dans le but de leur opposer de la résistance ?...

Ce problème a eu le don de faire émettre, au sein de notre Société de Médecine, bien des avis différents. C'est pourquoi j'ai été chargé d'étudier la question et de la soumettre à votre bienveillant jugement.

Dans l'attente d'une réponse, nous fixant sur ce point délicat, je vous prie de vouloir bien agréer, avec tous mes remerciements, l'assurance de ma haute considération confraternelle.

Dr N. M.

Le Conseil de Direction a été unanime à penser que la conduite à tenir, dans les deux cas spécifiés par l'intéressante lettre de notre confrère, devait être ainsi tracée :

Plaçant *avant toutes autres considérations celle qui a trait à l'intérêt du malade*, le médecin pouvait se rendre près de son ancien client, mais devait refuser d'entrer en consultation avec le confrère mis en quarantaine, dont le concours n'était vraiment pas indispensable dans cette circonstance. De plus, rien ne l'empêchait de faire part de son refus au client, sans en préciser ni discuter les motifs.

Dans la seconde occurrence, celle-ci prévue par

(1) On peut aussi se servir de laine brute, d'étoupe ou de filasse, suivant le conseil de Lucas-Championnière, l'un des rares chirurgiens modernes qui n'ait pas abandonné le traitement topique dans les maladies articulaires. Voir son mémoire sur le *Traitement des tumeurs blanches par les emplâtres mercuriels, etc.*, Paris, 1890, A. Coccoz.

notre correspondant, il s'agit d'urgence. L'intérêt de la malade exige que l'intervention soit rapide : le consultant doit la pratiquer immédiatement, comme il la juge nécessaire, en faisant sentir, avec tact, au confrère dissident qu'il supporte par devoir la situation imposée. Le moment critique passé, en ce qui concerne la malade, le consultant rentre dans son droit de refuser toute collaboration ultérieure, avec le confrère incorrect, même près de la parturiente dont l'état sera à surveiller.

Déontologie.

On lit dans la *Gazette des Hôpitaux* :

Paris, le 24 février 1896.

Au moment où la lutte pour la vie devient si difficile dans notre profession, au moment où l'on n'entend de toutes parts que plaintes et récriminations, il nous paraît utile de publier certains faits qui nous sont communiqués, et dont la vulgarisation peut intéresser le corps médical.

C'est ainsi qu'un de nos vieux abonnés (trop vieux même, dit-il, non sans mélancolie), nous raconte le fait suivant :

« Dans une commune de 1.800 habitants, existe un tyranneau de village, sabotier il y a dix ans, ayant fait fortune dans les vins et eaux-de-vie.

Dans son incommensurable vanité de parvenu, ledit sabotier avait rêvé d'être le maire de sa commune. Les élections municipales de 1892 ne lui ayant pas été favorables, il choisit, comme bouc émissaire de son orgueil blessé, le médecin de la localité et fit venir de la Faculté voisine un concurrent qui, par son teint, paraissait être d'origine créole ou nègre. Après être resté pendant trois ans à la solde du personnage en question, nourri, logé et véhiculé par lui, le médecin de couleur a quitté le pays. Vous croiriez peut-être que le monsieur dont il s'agit a été embarrassé pour trouver d'autres médecins ? Pas du tout.

Depuis le 17 novembre dernier, jour de départ du premier, cinq étudiants en médecine de la même Faculté sont allés, à tour de rôle, prêter leur bienveillant concours à l'intéressant personnage ; et tous les cinq ont trouvé fort naturel, et probablement aussi très avantageux, d'accepter de sa part le logement, la nourriture, les frais de voyage et la sommede 10 francs par jour. En ce moment, on attend le sixième.

Voilà donc des étudiants en médecine, de futurs confrères, qui, moyennant les conditions sus-énoncées, ne croient pas démériter en se mettant au service des rancunes et des vengeances d'un personnage quelconque. Ils savent parfaitement qu'ils sont là pour combattre un des leurs, qu'ils coudoient tous les jours, mais qu'ils se gardent bien de saluer ; et ils acceptent volontiers de jouer ce triste rôle...

Que de pareils faits se répètent souvent et ils finiront par prouver aux moins prévenus que la solidarité et la dignité médicale sont de vains mots. »

Et notre confrère continue en disant : « Alors adieu sociétés locales, association générale ! Les médecins fortunés garderont leurs cotisations annuelles, plutôt que d'en faire profiter des indignes » Et il termine ainsi : « J'en connais pour ma part qui vont commencer par envoyer leur démission. »

Le mal que nous signale notre correspondant est trop réel ; mais, suivant nous, il ne faut pas se décourager. Ce n'est point au moment où le péril devient plus grand, qu'il convient de déserter. C'est, au contraire, le moment de se grouper, de se soutenir, d'avoir entre confrères des rapports d'une impeccable correction, sans compromettre toutefois, par une intransigeance excessive, la bonne harmonie qui doit régner entre nous. Etant donné les mille difficultés, de tous ordres, qui hérissent la pratique, il faudrait, avant de juger un confrère, connaître par le détail les faits dont on le croit coupable ; se garder de le juger de loin avec sévérité et de répandre dans le public un jugement souvent sans bases suffisantes et établi à la légère. L'indulgence est, à notre avis, la condition nécessaire pour grouper et retenir les bonnes volontés.

Mais le fait que nous signale notre correspondant, s'il nous a suggéré ces réflexions générales, n'en subsiste pas moins, monstrueux ! Aussi convient-il d'en tirer quelque enseignement.

Tout d'abord, ce fait que cinq ou six étudiants viennent se mettre à la solde d'un industriel pour nuire au médecin de sa localité, ne nous indique-t-il point qu'il conviendrait, dans chaque Faculté, d'instituer à l'usage des élèves un cours de déontologie médicale, qui permît aux jeunes docteurs de se guider dès les premiers pas dans la carrière ?

Nous partageons en tous points l'avis de la *Gazette des Hôpitaux*. Il faudrait que dans les Facultés, on enseignât aux élèves leurs devoirs envers leurs futurs Confrères, leurs devoirs envers eux-mêmes.

On verrait peut-être moins souvent des jeunes gens s'oublier jusqu'à dénigrer des médecins qu'ils ne connaissent pas et qui n'ont que le tort d'être les voisins de celui qu'ils remplacent momentanément.

Il faut aussi et surtout ne pas désespérer : plus que jamais l'union est nécessaire et les médecins doivent se serrer les coudes : syndicat, associations locales, œuvres de prévoyances telles que celles qu'a fondées le *Concours* sont autant de liens qui préservent de la mauvaise confraternité. Loin de démissionner, ceux qui en font partie doivent faire œuvre de propagande ; quant à ceux qui n'en sont pas encore, qu'ils y entrent au plus vite.

HYGIÈNE PUBLIQUE

L'œuvre maternelle des couveuses d'enfants.

Dans la séance du 12 novembre 1895, M. le Dr Vallin entretenait l'Académie de médecine des efforts tentés à Nice, depuis 1891, par un groupe de personnes charitables, afin de généraliser l'emploi des couveuses, inauguré par M. le Dr Tarnier à la Maternité de Paris.

Cette œuvre, dont les débuts modestes ont été encouragés par la municipalité de Nice, le Conseil général des Alpes-Maritimes et le ministère de l'Intérieur, est venue ces jours derniers chercher la consécration parisienne, et montrer au public son fonctionnement intéressant, dans une petite exposition organisée au n° 26 du boulevard Poissonnière, que nous engageons vivement nos confrères à visiter.

On ne peut se défendre, en effet, d'une certaine tristesse, en songeant aux difficultés que rencontrent, dans leur développement en France, les idées fécondes et généreuses comme celles-là, tandis que le génie de la réclame et la crédulité des gobeurs, ont si vite fait d'établir la vulgarisation des diverses manifestations d'un charlatanisme écœurant. Et il nous semble que, ennemis-nés de toutes les sorcelleries tapageuses, nous devrions bien, nous médecins, apporter, toujours, notre appui aussi actif que désintéressé, à toutes les initiatives qui, comme la *Ligue contre l'alcoolisme*, comme la *loi Roussel*, et comme l'*œuvre maternelle des couveuses d'enfants*, répondent à un intérêt social supérieur.

C'est pourquoi nous tenons à attirer l'attention de nos lecteurs sur cette dernière, qui passe peut-être encore trop inaperçue, parmi ces **cu-**

riosités du boulevard, où elle n'a pris place que depuis huit jours.

La couveuse en usage dans la salle que nous avons visitée, porte le nom de couveuse Lion, du nom du Directeur-fondateur de l'œuvre.

Elle se compose d'un parallélipipède en métal, monté sur un support en fer.

Elle peut être désinfectée, sans détérioration, par l'étuve à vapeur sous pression. Sa ventilation est assurée par un tube de huit centimètres de diamètre, s'ouvrant à la base de l'appareil, et par une cheminée d'appel de même diamètre. Une hélice placée à son sommet indique, par sa rotation, la force du courant d'air.

La face antérieure de la couveuse est munie d'un châssis vitré à deux battants, avec fermeture à crémone. Sur le côté gauche s'ouvre un autre châssis vitré permettant à la mère ou à la garde de suivre les mouvements de l'enfant, et de le prendre au besoin, l'appareil étant placé à côté du lit.

Le fond est coulissé et s'enlève en glissant dans ses rainures, comme la planchette d'une cage d'oiseau.

Placé au milieu de la couveuse, sur un hamac en toile métallique, l'enfant est isolé de toutes parts, et l'air chaud peut circuler librement autour de lui. Un thermomètre, placé à hauteur de sa tête, permet de suivre la marche de l'appareil.

Le chauffage est assuré par une circulation d'eau chaude, dans un serpentin communiquant avec un réservoir placé à côté. Ce thermo-siphon peut être chauffé indifféremment par le gaz, le pétrole, l'électricité, ou par tous autres combustibles.

Un tuyautage spécial permet de faire arriver directement dans l'appareil l'air extérieur, plus pur que l'air des appartements et des salles, de le filtrer, en outre, avant son entrée dans la couveuse, et de le conduire à l'extérieur par une cheminée.

Par ces dispositions, les enfants sont complètement isolés, et dans les grandes installations, tous les dangers de l'agglomération se trouvent ainsi écartés.

Un régulateur transmet à un levier les mouvements de la température, et augmente ou diminue, suivant les besoins, la force du courant de chaleur.

Le réglage de la température est assuré automatiquement et d'une façon invariable.

Une douzaine d'appareils de ce genre sont mis gratuitement dans la salle à la disposition des familles sur production :

1° D'un bulletin de naissance, délivré par un docteur ;

2° D'un certificat d'indigence ;

3° D'un extrait de naissance, ou d'une pièce d'identité, comme le livret de famille ;

4° D'une attestation d'exemption de maladie contagieuse.

Mais on recommande d'éviter toute perte de temps dans l'obtention de ces pièces, parce que les prématurés doivent être mis en couveuse aussitôt après la naissance ; et que tout retard diminue les chances de vie. Aussi est-il à désirer que les fonctionnaires de l'état civil fassent diligence en pareil cas, au lieu de créer des difficultés bureaucratiques, comme cela se produit trop souvent.

M. le Dr Vallin expose, de la façon suivante, les résultats obtenus jusqu'ici à Nice, par le Dr Ciaudo, médecin-inspecteur de la protection des enfants dans cette ville :

« Du 29 octobre 1891 au 6 décembre 1894, en » trois ans environ, cette œuvre a reçu 185 en- » fants nés avant terme et pesant de 800 grammes » à 2 kg. 900 ; 133 en sont sortis vivants et en » bon état, 48 sont morts, 4 étaient encore en » traitement et en bonne voie.

» La proportion des enfants sauvés a donc été » de 72 % ; mais on ne peut comparer l'enfant » nouveau-né pesant seulement 800 grammes, et » qui mourra nécessairement dans la journée, à » l'enfant presque à terme, pesant 2 kg. 900, qui » figure un peu à tort dans cette statistique. » Nous avons groupé les cas d'après les tableaux » donnés par M. Ciaudo et nous avons obtenu » les résultats suivants :

» 1° Au-dessous de 1 kilogramme, tous les en- » fants (il y en a 8) sont morts le jour même de » leur naissance ;

» 2° De 1 kg. 001 à 1 kg. 500, sur 36 enfants » admis dans les couveuses, 18 en sont sortis » capables de continuer à vivre au dehors, soit » la moitié ;

» 3° De 1 kg. 501 à 2 kilogrammes, on en a » sauvé 52 sur 72, soit 72 % ;

» 4° De 2 kg. 001 à 2 kg. 500, on en sauve 90 %, soit 49 sur 54 ;

» 5° De 2 kg. 501 à 2 kg. 900, on les sauve tous, » soit 14 sur 14. »

Ce sont là des chiffres véritablement éloquents.

Mais on ne pouvait s'en tenir à la création de cette petite maternité.

Aussi, dans l'intérêt des familles, et pour éviter le plus possible la séparation de la mère et de l'enfant qui, en dehors des avantages qu'elle fait perdre, est toujours pénible, l'œuvre a organisé, à côté de ses salles, un service de location pour l'élevage à domicile des enfants nés avant terme ou débiles.

L'installation des appareils dans les appartements, même avec la prise d'air à l'extérieur (*disposition qui, pour tous les cas, est particulièrement recommandée*), n'exige absolument aucune connaissance spéciale de la part des personnes appelées à s'en servir. Néanmoins, sur la demande des familles, le personnel de l'œuvre est mis à leur disposition.

Enfin, vingt appareils, destinés à l'élevage à domicile des enfants nés avant terme ou débiles, et appartenant à des familles nécessiteuses, seront délivrés sur présentation de bons de l'Assistance publique.

Ce rapide exposé suffit à montrer que l'*œuvre des couveuses d'enfants* a tout fait pour conquérir rapidement son droit de cité à Paris.

Mais il nous est bien permis d'en demander davantage, à nous, praticiens de province, qui gémissons chaque jour sur l'insuffisance de nos moyens d'action.

Aussi nous estimons, avec le distingué rapporteur de l'Académie de médecine, que toute ville un peu importante devrait avoir, dans sa crèche, sa maternité, ou son hospice, deux ou trois couveuses, qu'on pourrait faire fonctionner en quelques heures.

Si l'*œuvre des couveuses* nous conduit à ce résultat (et c'est à nous de l'y aider), elle aura bien mérité de la patrie.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de la Sarthe

ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE

Réunion du Bureau (7 *septembre* 1894).

Présent : MM. de Paoli, *Président*, Mélisson, *Vice-Président*, Ledrain, *Secrétaire*, Bolognesi, Breteau, Codet, Horeau, Peltier, Salomon et Vincent.

Le Président rappelle que la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale, doit entrer en vigueur à partir du 1er janvier 1895. Il a pensé que le Syndicat ne devait pas rester étranger au mode d'organisation de ce service dans la Sarthe. Aussi s'est-il empressé d'en référer aux Présidents des deux Associations locales, afin de provoquer une réunion des Bureaux, dans laquelle serait examinée cette importante question.

Le Président de l'Association médicale a répondu que son avis était d'attendre la décision de la Commission chargée par le Préfet d'organiser le service.

Le docteur Charbonnier a fait connaître que son Bureau avait examiné cette affaire et qu'il était tout disposé à entrer en rapport avec le Syndicat pour rechercher le meilleur mode d'organisation. Pour lui, l'important était de s'entendre sur certains desiderata que l'on présenterait à tous les Médecins du département sous forme de questionnaire. Les réponses connues, on verrait à agir près de l'Administration préfectorale.

Ce sont ces desiderata que le Bureau va examiner. Il n'aura pas à entrer dans les détails que comportent les principes sur lesquels on appelle son attention ; son rôle est de formuler les idées générales qu'il voudrait voir admettre dans l'organisation du service de l'assistance.

Après discussion, le Bureau se met d'accord sur les principes suivants :

1° Séparation du Service de la protection et de la médecine, à la condition que les tarifs de la protection ne soient pas modifiés ;

2° Liberté pour l'indigent de choisir son Médecin, à égalité de distance, tous les Médecins étant admis à participer au service ;

3° Honoraires des Médecins fixés au prorata des visites et soins ;

4° Médecin inspecteur nommé par le Préfet et choisi parmi les trois candidats désignés par le vote de tous les Médecins faisant partie du Service de l'assistance, et ayant pour misson d'assurer le bon fonctionnement de ce service.

Réunion du Bureau (13 *décembre* 1894)

Présents : MM. de Paoli, *Président*, Mélisson, Ledrain, Bolognesi, Breveau, Codet, Horeau, Michel, Peltier, Salomon et Vincent.

Le Président informe le Bureau que le Président et le Secrétaire de l'Association des Médecins de la Sarthe furent avisés, par ses soins, des résolutions prises dans la réunion du 7 novembre dernier, sur les desiderata présentés par le docteur Charbonnier, au sujet du Service de l'assistance.

Quelques jours après, le docteur Charbonnier, au nom de son Association, adressait ces desiderata, sous forme de questionnaire, à tous les Médecins du département. Sur 120 confrères consultés, 54 répondirent. En général, les confrères se montraient favorables d'abord à la séparation du service, ensuite au tarif au prorata des visites et soins donnés aux indigents.

Alors le docteur de Paoli et le docteur Charbonnier écrivirent au Préfet une lettre collective, lui demandant une audience qui leur fut immédiatement accordée.

M. le Préfet de la Sarthe fit le meilleur accueil aux deux confrères. L'entretien dura une heure et demie. Tout fut examiné ; toutes les objections furent réfutées et la lumière complètement faite. Le Préfet se déclara convaincu et gagné à la cause du corps médical. Mais il déclara que, pour l'instant, il ne pouvait rien faire, qu'il était lié par les décisions du Conseil général, que la Commission était nommée pour jeter les bases de l'organisation de l'assistance dans la Sarthe, et que le programme de cette Commission était fait d'avance. Il engagea les deux Présidents à prendre prétexte de cette nouvelle organisation pour se plaindre, et lui adresser un mémoire contenant leurs doléances. Saisi par eux de la question, il la portera devant le Conseil général à la session d'avril et la soutiendra de son mieux pour la faire adopter.

En matière financière, c'est le Conseil général qui est le maître ; lui, Préfet, ne peut présenter de propositions qu'avec un mémoire à l'appui. D'ores et déjà, il s'occupe de cette affaire, et va écrire dans divers départements pour étudier leur organisation.

Après délibération, les Membres du Bureau, pour se conformer au désir du Préfet, décident qu'un rapport sur cette question lui sera adressé dans le courant de février 1895. Au cas où le Conseil général repousserait les vœux formulés par le Bureau, l'affaire serait soumise au Syndicat dans une réunion générale.

Réunion du Bureau (30 *janvier* 1895).

Présents : MM. de Paoli, *Président*, Bolognesi, Peltier, Coupé, Salomon, Codet.

Dernièrement, plusieurs confrères du département ont reçu de la Préfecture, en même temps que le règlement provisoire du service de l'assistance, une lettre leur demandant si l'Administration pouvait compter sur leur concours. Informé de ce fait, le Président a cru devoir réunir d'urgence le Bureau afin de rédiger la réponse à envoyer à l'Administration.

A son avis, l'acceptation du corps médical ne doit être que provisoire et conditionnelle. Son but doit être d'obtenir les conditions des départements voisins. Pour l'instant, il n'a pas à refuser son concours, mais à la condition que la question sera étudiée et revisée dans le cours de 1895, aux prochaines réunions du Conseil général. En un mot, il doit borner son acceptation à l'année courante.

Ces idées, approuvées par le Bureau, feront l'objet d'une circulaire qui sera adressée à tous les Médecins du département, avec une lettre d'acceptation provisoire qu'ils auront à envoyer au Préfet après l'avoir signée.

En outre, le Bureau se met d'accord sur la nécessité de réunir en assemblée plénière tous les Médecins du département qui seront appelés à déterminer dans quelles conditions ils prêteront leur concours à l'Administration.

Réunion du Bureau (8 *mai* 1895).

Présents : MM. de Paoli, *Président*, Ledrain,

Breteau, Bolognesi, Peltier, Horeau, Salomon, Vincent, Mélisson.

Conformément à la décision prise le 30 janvier dernier, les Médecins de la Sarthe ont été convoqués le 13 mars, en assemblée générale. 64 confrères étaient présents ou représentés. Après avoir voté les principaux points qui devaient servir de base à l'organisation du service de l'assistance dans la Sarthe, l'assemblée nomme une Commission composée des Présidents et Sociétaires des trois Associations, avec pouvoir de présenter à l'Administration et au Conseil général les desiderata qu'elle avait cru devoir admettre. Cette Commission se réunit le 10 avril et voici la lettre qu'elle adressa au Préfet :

« *Le Mans*, le 15 *avril* 1895.

« Monsieur le Préfet,

« Le 13 mars dernier, les Médecins du département se réunissaient en assemblée générale à l'effet de discuter et de manifester leurs sentiments au sujet des conditions dans lesquelles ils doivent donner leur concours à l'application de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite.

« 36 médecins étaient présents et 31 autres empêchés avaient, par lettre ou dépêches, donné mandat de les représenter ou de voter pour eux.

« Voici quel a été le résultat de la réunion :

« L'assemblée a voté à l'unanimité les dispositions principales suivantes :

« 1° Liberté pour l'indigent de choisir son Médecin ;

« 2° Liberté pour le Médecin de répondre ou non à l'appel qui lui est fait ;

« 3° Indemnite pour ce dernier, proportionnée aux kilomètres et à la nature des soins donnés, d'après le tarif arrêté et convenu ;

« Séparation des deux services de l'assistance médicale gratuite et de la protection des enfants du premier âge.

« Le vœu unanime de l'assemblée a été de renoncer au système actuel, c'est-à-dire à la division en circonscriptions et aux primes accordées à forfait. D'après le désir de tous, liberté doit être laissée à chacun et l'indemnité doit être proportionnée au déplacement et au service rendu.

« Pour que le moindre soupçon ne puisse atteindre le corps médical et pour prévenir tout abus, de quelque part qu'il puisse se produire, tous ont été d'avis de reclamer le système des bons, c'est-à-dire que le Médecin n'interviendra que lorsque l'indigent se présentera à lui muni d'un bon délivré par qui le droit

« Ces principes admis, l'assemblée a désigné une Commission chargée de vous transmettre les doléances du corps médical, de vous exposer nos vues, de répondre aux objections qui pourraient se produire et enfin de discuter avec la Commission départementale, soit le tarif à intervenir, soit toute autre combinaison.

« Cette Commission se compose de six Membres : du Président et du Secrétaire de chacune des trois Associations médicales qui existent dans le département.

« Nous venons avec confiance vous prier de vouloir bien prendre en sérieuse considération les vœux que nous vous exprimons au nom du corps médical de la Sarthe et de saisir le Conseil général, à sa prochaine session d'avril, d'une question qui intéresse au plus degré l'œuvre si humanitaire de l'assistance dans les campagnes.

« La Commission se tient à votre disposition pour tout renseignement ou toute explication nécessaire.

« La réorganisation que nous désirons n'est autre chose que le système adopté dans le plus grand nombre des départements et surtout dans les départements voisins du nôtre Il ne serait pas, nous en sommes convaincus, plus onéreux pour le département et pour les communes.

« L'indigent serait mieux soigné et le principe de la justice et de la liberté sauvegardé.

« Nous sollicitons votre bienveillant appui auprès de l'Assemblée départementale, appui que vous avez bien voulu promettre à deux d'entre nous.

« Agréez, etc.

« De Paoli, Charbonnier, Garnier, Bolognesi, Guignard, Ledrain. »

Une seconde lettre, conçue dans les mêmes termes, fut adressée en même temps au Président du Conseil général.

M. de Paoli regrette de constater que ces deux lettres sont restées sans réponse.

Avant la session d'avril, il s'est entretenu de la question avec quelques membres du Conseil général ; et au cours de la session, il a dû demander à être entendu par la Commission de l'assistance, alors qu'il avait espéré que les médecins délégués seraient appelés à s'expliquer sur les desiderata formulés par les confrères de la Sarthe. Il a donc dû seul défendre les intérêts de la corporation, en faisant valoir tous les arguments qui lui semblaient les plus utiles à la cause commune. Or, il le faut dire, si le Conseil général s'est montré hostile au corps médical, le Préfet, malgré ses promesses, était loin de son côté d'être disposé en sa faveur. Toutefois, le dernier mot n'a pas encore été dit ; la question reviendra pleine et entière à la session d'août ; et si, en attendant, on veut bien accorder 1 franc par indigent, ce qui serait une première amélioration, on se propose de rechercher les moyens de l'améliorer davantage et de faire droit plus tard aux légitimes revendications des Médecins.

On a objecté que l'état financier du département ne permettait pas de se lancer dans une aventure dont il était impossible de prévoir les conséquences. Libre à certains départements d'adopter le tarif au kilomètre ; mais l'expérience n'est pas faite ; et, tant que les résultats ne seront pas acquis, le département de la Sarthe ne voudra pas s'exposer à des mécomptes.

Quant au bon de visite, qui le délivrera ? Le maire ? Mais beaucoup ne voudront pas s'imposer ce surcroît de besogne. De plus, sera-t-il toujours bon juge de ne le délivrer qu'à bon escient ? Enfin, et c'est là le mauvais côté du bon : dans certaines mains, il deviendra une arme électorale avec laquelle on récompensera ou on punira les bons ou mauvais électeurs ; ce sera donc un instrument de pression dont on usera dans certaines circonstances, etc., etc.

M. de Paoli a dû répondre à toutes ces critiques ; mais l'opinion du Conseil général était faite.

Le Bureau du Syndicat n'a pas en ce moment de parti à prendre, c'est l'affaire de la Commission nommée à cet effet. Tout au plus, étant donné ce qui se passe, peut-il formuler un vœu qui lui serait présenté à sa première réunion.

On décide de réunir cette Commission à bref délai, afin de lui demander son avis sur la possibilité d'accepter, en attendant mieux, la rémunération de 2 francs par indigent.

Réunion du bureau (12 *septembre* 1895).

Présents : MM. de Paoli, *Président*, Ledrain, Peltier, Coupé, Salomon, Bolognesi.

Le président informe le Bureau qu'il a reçu, dans ces derniers temps, plusieurs lettres de confrères qui lui demandent soit son avis personnel, soit l'avis du bureau, sur la réponse qu'il convient de faire aux propositions du Pré-

fet sur le service de l'Assistance qui commencera à fonctionner à partir du 1er janvier 1895.

M. de Paoli dit que la question n'est pas neuve. Le Syndicat a fait de son mieux, et lui, de son côté, a fait tout le possible pour que satisfaction fût donnée aux confrères de la Sarthe. On sait la décision prise par le Conseil général à la session d'avril ; elle était loin de tenir compte des desiderata que la Commission des trois présidents et des trois secrétaires avait formulées dans ses lettres au Préfet et au Président de l'Assemblée Départementale. Comme il était permis de supposer que cette Assemblée ne reviendrait pas sur son vote, une circulaire fut adressé à tous les médecins du Département pour leur demander s'ils étaient décidés à cesser toutes relations officielles avec l'administration à partir du 1er janvier 1896, si le conseil général maintenait ses prétentions. Le résultat de cette consultation fut médiocre ; alors la commission médicale de l'Assistance fut d'avis que M. de Paoli ferait une démarche auprès de M. Sénart pour faire accepter notre système en lui proposant le vote par le Conseil général d'une somme fixe que nous nous partagerions au prorata de nos mémoires.

En cas de refus, M. de Paoli proposerait alors la rémunération de deux francs par indigent.

Le président s'est mis en campagne, il a frappé à toutes les portes. Malgré tous ses efforts, le conseil général, dans sa session d'août, n'a voulu accorder aux médecins de la Sarthe que un franc par indigent, mais en promettant d'étudier à nouveau la question lorsqu'il lui serait démontré que l'organisation du service dans les départements voisins donne de meilleurs résultats.

Le Président propose donc d'accepter la proposition du Préfet, avec l'espoir que le Conseil général saura tenir ses engagements lorsque le moment en sera venu.

Cette proposition est adoptée.

Le Secrétaire,
Dr LEDRAIN.

REPORTAGE MÉDICAL

L'hygiène par l'école. — Le ministre de l'instruction publique vient d'adresser, aux préfets, le texte d'une instruction à remettre, par les instituteurs, aux familles des écoliers atteints de maladies contagieuses ou épidémiques. Cette instruction vise les précautions à prendre avant, pendant et après la maladie, désinfection du local, des effets, du malade, des gardes, durée d'exclusion de l'école, etc.....

C'est une sage mesure ; mais elle n'aura jamais les mêmes effets que l'application complète de la loi de 1887 sur l'enseignement primaire, qui a prévu l'organisation de l'inspection médicale des écoles. Si on peut, en théorie, remplacer l'argent par du papier, et le service en question par une circulaire, on ne peut espérer de bonne foi que l'instituteur saura suppléer le médecin. C'est une prétention de plus qu'on lui donnera, et voilà tout.

— *Le remplacement par les étudiants.* — A la suite d'un fait qui a provoqué des poursuites correctionnelles, M. Le Doyen de la Faculté de Paris vient de rappeler aux étudiants qui désirent remplacer des médecins, qu'ils doivent se conformer aux exigences de l'article 6 de la loi Chevandier ainsi conçu :

« Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours et munis de douze inscriptions, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée, peuvent être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé.

« Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois ; elle est renouvelable dans les mêmes conditions. »

— *La lutte contre la tuberculose.... bovine.* — Les pouvoir publics se préoccupent assez vaguement de protéger la race française contre les atteintes du bacille de Koch. Mais, fidèle reflet de ses électeurs campagnards, le gouvernement n'y va pas de main morte quand il s'agit de ses vaches. Il vient de décider en effet, par décret émanant du Ministre de l'agriculture, que l'épreuve de la tuberculine sera imposée aux produits importés de l'espèce bovine, s'ils ne sont pas livrés à la boucherie dans un délai de quinze jours.

C'est très bien. Mais à quand les sanatoria officiels, pour nous autres, pauvres humains tuberculeux ?

Cela viendra plus tard, dit-on, parce que le paysan ne les réclame pas. C'est tout au plus si quelques médecins, des agités sans doute, prétendent que l'assistance médicale obligatoire ne saurait s'en passer.

— *Les médecins étrangers à Paris.* — M. Jacques Bertillon a présenté, à la Société de statistique de Paris, un travail sur le nombre des médecins de Paris par âge et par nationalité.

Le dénombrement de Paris en 1891 donnait un total de 2922 médecins, dont 521 étrangers, soit 22 médecins étrangers pour 100 médecins français.

Au point de vue de l'âge, ce total se répartissait

De 20 à 39 ans......................	1470
De 40 à 59 ans......................	1077
De 60 et plus......................	385

Les étrangers sont dans le rapport de 36 à 100 Français pour la première catégorie d'âge ; de 11 à 100, pour la deuxième et de 7 à 100 pour la troisième.

Ce sont les Ve et VIe arrondissement qui comptent le plus de médecins étrangers ; ils représentent près de la moitié du total, 246 sur 521. Ce qui tient sans doute, d'après M. Bertillon, à ce que les jeunes étrangers, qui habitent le quartier latin, y restent pour y continuer leurs études.

En dehors de ces deux arrondissements, c'est dans les arrondissements les plus riches que les médecins étrangers sont surtout fixés. Ils abandonnent volontiers aux médecins français la clientèle de la Villette, de Ménilmontant ou de Montrouge.

M. Bertillon conclut de son étude qu'il n'y a pas à Paris de profession où la concurrence étrangère se fasse aussi vivement sentir que dans la profession médicale.

Il pense qu'il y aurait lieu d'exiger la naturalisation, pour les médecins qui voudraient se fixer et exercer en France.

Il y aurait à faire une autre statistique qui ne manquerait pas sans doute d'intérêt, c'est celle des médecins français établis dans les grandes villes de l'étranger, Londres, Vienne, St-Pétersbourg, etc. Gageons que le relevé ne serait pas long à faire (1).

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4.080. — M. le docteur BOUGUE, à Escource (Landes), membre de l'Association médicale des Landes.

N° 4.081. — M. le docteur LACHAPELLE, à Celleneuve (Hérault), membre du Syndicat de l'Hérault.

(1) Ajoutons que sur les 521 étrangers exerçant la médecine à Paris, un nombre infime, 41 (!!!), possède un diplôme français en règle. Un décret prochain du ministre de l'instruction publique va, paraît-il, remédier à ces fantastiques abus.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 14 4 Avril 1896

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

L'Impôt sur le Revenu

La question à l'ordre du jour est certainement le nouveau projet d'impôt sur le revenu proposé par le Ministre des Finances pour le budget de 1897.

Le plaisant de la chose, tant la puissance des mots est grande, c'est qu'une foule de gens, parlant d'impôt sur le revenu, sont convaincus qu'il s'agit d'une nouveauté et que le fisc n'a jamais songé à atteindre les revenus divers — comme si nous ne payions pas déjà pour la modeste maison ou le lopin de terre que nous pouvons posséder, pour les quelques coupons de valeurs que nous touchons chaque semestre ; comme si nos revenus professionnels eux-mêmes n'étaient pas atteints par la patente.

Ce que nous allons avoir en réalité, c'est la superposition d'une taxe nouvelle à celles que nous payons déjà, nous médecins, car il est bien certain qu'aucun de nous n'échappera et que le dégrèvement dont nous pourrons bénéficier tant sur la contribution personnelle et mobilière que sur celle des portes et fenêtres ne viendra pas compenser l'augmentation que nous subirons du fait de la taxation globale de notre revenu. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que le dégrèvement en question ne portera ni sur les centimes communaux, ni sur les centimes départementaux, ce qui en réduit, de près de moitié, l'importance.

Donc, médecins mes frères, apprêtez-vous à payer.

Ne vous attendez pas, bien entendu, à ce qu'on défalque nos frais de chevaux et de voitures — ils sont du luxe, nous le savons puisque nous payons déjà en conséquence — pas plus que les autres frais que nous impose l'exercice de notre profession : il est admis que le médecin roule sur l'or et il sera taxé en conséquence, nous y pouvons compter.

Injustices et vexations, tout nous attend quand nous irons faire nos déclarations devant une Commission qui sera composée Dieu sait comment !

Nous devrons dire combien nos clientèles nous rapportent, et la dite Commission contrôlera notre déclaration par tous les moyens dont elle pourra disposer. Elle nous enjoindra de fournir des justifications, sans doute de lui présenter nos livres ! Quand nous croirons devoir donner des soins gratuitement, nous serons taxés, car on arguera de notre mauvaise foi ; quand nos clients oublieront de nous honorer, nous serons taxés, car le fisc n'entre pas dans de tels détails ; quand une année favorable se présentera, elle établira présomption pour les années futures ; quand l'année aura été mauvaise, elle sera, soyons-en certains, considérée comme tout à fait exceptionnelle et on n'en tiendra pas compte.

Et si notre clientèle diminue et si..... mais cela suffit amplement et nous pouvons sans grand effort d'imagination entrevoir l'avenir qui nous est réservé. — Il y aura de beaux jours pour les potins, les racontars, les délations et la calomnie !

Mais voyons, allons-nous accepter indéfiniment qu'on frappe sur notre dos ?

Nous avons de l'influence, que diable ! Et n'est-ce pas le moment de nous en servir ? Ce peut être très intéressant de philosopher sur l'élection de la magistrature, la séparation des églises et de l'état ou tel autre sujet d'un intérêt aussi palpitent, mais il faut vivre..... et nous n'allons plus pouvoir vivre.

Le jour où nos honorables seraient bien convaincus qu'ils auraient les médecins comme adversaires électoraux, ce jour-là ils y regarderaient à deux fois avant de nous imposer taxe sur taxe ..... et le merveilleux projet de M. Doumer irait rejoindre les vieilles lunes.

A. G.

Nous remarquons qu'un grand nombre de nos confrères députés ont voté le principe de l'impôt. Nous les attendons à l'application, si elle vient !

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement de la septicémie puerpérale par le sérum antistreptococcique.

M. le Dr *Ch. Vinay* rapporte, dans le *Lyon médical*, plusieurs observations fort encourageantes de guérison de septicémie puerpérale par l'emploi du sérum antistreptococcique.

« Malgré les soins les plus minutieux et l'antisepsie la plus étroite, dit-il, il y aura toujours des accouchements se compliquant de fièvre septique, ne serait-ce que les cas d'auto-infection, ceux dans lesquels la fièvre se développe pendant le travail, avant tout contact, toute intervention, avant même la rupture de la poche amniotique. A plus forte raison, faudra-t-il compter avec ceux, beaucoup plus nombreux, qu'on doit rapporter aux fautes de l'assistance et de l'entourage. On peut donc regarder comme justifiées, les diverses tentatives faites pour diminuer la mortalité d'une maladie qui reste une menace pour les accouchées.

L'introduction, dans la thérapeutique, du sérum d'animaux immunisés a été une découverte pleine d'espérances. Elle a fait ses preuves dans le traitement de la diphtérie et ses résultats semblent devoir être plus importants encore pour les infections diverses que détermine le streptocoque. Parmi ces dernières, la septicémie puerpérale paraît destinée à bénéficier de la méthode nouvelle. »

Le sérum employé par M. Vinay a été obtenu sur un cheval déjà immunisé contre la diphtérie, au moyen d'injections de cultures de streptocoques filtrées. Ce sérum diffère donc de celui qu'on obtient par la méthode de Marmorek, méthode qui consiste dans l'injection aux chevaux de cultures complètes, microbes et toxines, de plus en plus virulentes. Le sérum obtenu de cette façon possède un pouvoir bactéricide beaucoup plus énergique, mais sa fabrication est lente ; il faut une année pour amener un cheval à l'état d'immunité absolue vis-à-vis des cultures à virulence exaltée. Dans les essais faits à Lyon, on s'est borné à employer un sérum d'activité moindre. Il est nécessaire de faire remarquer que l'emploi du sérum antistrepcoccique ne s'applique qu'à l'état général des accouchées ; il a pour but de modifier l'infection du sang, alors que le milieu intérieur est envahi, à la fois, par les toxines du streptocoque et par le streptocoque lui-même. Cette méthode ne doit cependant pas être exclusive, au moins dans les débuts, elle ne doit pas faire négliger le traitement local, celui qui s'adresse aux muqueuses infectées. Le pansement des ulcères vaginaux, les injections antiseptiques, le curetage surtout, conservent toute leur importance. Lorsque les accidents sont récents, l'indication primordiale est de supprimer le foyer originel, la lutte contre l'infection générale ne vient qu'après.

Il est bon d'observer encore que le sérum antistreptococcique ne peut agir efficacement sur toutes les formes de la septicémie puerpérale, puisque les agents microbiens qui les provoquent sont de plusieurs sortes. A côté du streptocoque, on peut signaler le staphylocoque, le bactérium coli, les saprophytes de la putréfaction, et, par exception, le gonocoque. Le sérum antistreptococcique ne pouvant avoir d'effet sur ces derniers, on a recommandé de faire des recherches bactériologiques, de pratiquer des cultures analogues à celles qui se font pour les angines, afin de reconnaître la nature du germe infectieux. Le procédé est très simple : il suffit, après avoir placé le spéculum, préalablement stérilisé, d'aller recueillir sur le col utérin un peu du liquide qui s'y trouve et de l'ensemencer.

FEUILLETON

Comment les blessés, les malades contagieux et autres, sont transportés a l'hôpital en 1896. — Ce qu'on pourrait faire pour diminuer les cas de contagion.

En 1894, ce n'est pas vieux, dans une grande ville de 23.000 habitants, chef-lieu de canton du Département de la Seine, les malades du Bureau de Bienfaisance étaient transportés, à l'hôpital, dans une voiture appelée tapissière. En hiver ils gelaient. Cette voiture appartenait à un déménageur. Il fallait attendre que le cheval et l'homme fussent disponibles, et quelquefois l'attente était longue. La voiture était désinfectée, plus ou moins, et plus ou moins souvent, lorsqu'il y avait un transport de malades contagieux. — Le commissariat de police avait un brancard des plus primitifs, pour le transport des victimes inconnues trouvées sur la voie publique. Les noyés étaient véhiculés, de la Seine au commissariat, puis du commissariat à la Morgue, dans une petite voiture à bras, réquisitionnée n'importe où, et l'on voyait les cadavres, recouverts d'une mauvaise couverture, les jambes pendantes hors du petit chariot, traversant la ville suivis d'une bande de gamin et de curieux, venant voir le *machabée*. Les sergents de ville n'en pouvaient mais. C'était tout simplement honteux, scandaleux. Quant aux blessés des usines, ils étaient transportés sur un brancard de l'usine, ou celui d'une usine voisine, à l'hôpital le plus proche.

Les malades, adultes, ou enfants, qui n'employaient pas la *voiture* municipale, soit à cause de la difficulté de l'avoir, soit à cause de son aspect misérable, étaient transportés à l'hôpital en voiture de louage, en bateau, en omnibus, en tramway.

Tout ceci est textuel.

Aujourd'hui, dans les premiers mois de 1896, il y a eu des progrès réalisés. La voiture de déménagement est remplacée par une voiture municipale d'ambulance (modèle des ambulances Urbaines de Paris) bien aménagée, désinfectée facilement et complètement, chaque fois qu'il y a lieu. — Les transports se font par soumission : c'est une entreprise communale. Quand il s'agit de transporter un malade ou un blessé, il faut donc que la mairie fasse prévenir le cocher et le cheval du soumissionnaire qui ne sont pas toujours libres. Si le cas est pressé, on cherche un autre moyen, à moins qu'on ne trouve immédiatement un cheval qu'on attèle à la voiture — toujours laissée complaisamment aux habitants sur le vu d'un certificat de médecin — dans une remise de la mairie, et que l'on conduise soi-même. Certains soumissionnaires son

Ce moyen est assurément le plus sérieux, parce que seul, il donne des renseignements précis. Il a cependant l'inconvénient de retarder le moment d'application du traitement et de faire perdre un temps précieux. Il est à remarquer, du reste, que les infections les plus graves sont causées par le streptocoque. Toutes les fois que les accidents débutent par un frisson, que la fièvre s'élève, d'emblée, à 40°, que l'état général est grave, on peut incriminer ce dernier agent ; tandis que le staphylocoque, le bactérium coli, de même les saprophytes de la putréfaction, traduisent habituellement leur présence par des symptômes atténués. Il est évident qu'il n'y a rien d'absolu à cet égard, puisqu'on a signalé des cas d'infection mortelle causée par le colibacille ; mais, d'une façon générale, on peut affirmer que dans tous les cas d'accentuation rapide des accidents, la présence du streptocoque est à peu près certaine. Il vaut mieux pratiquer les injections dans la soirée, au moment où la température fébrile s'abaisse spontanément.

Les tisanes en médecine pratique.

Notre confrère la *Revue de Pneumologie* fait une judicieuse remarque, à propos de l'emploi des tisanes en médecine, que nous ne pouvons résister au plaisir de citer :

L'étudiant et le jeune praticien ont généralement le plus parfait dédain pour ce genre de médicament. Les extraits et les alcaloïdes leur paraissent incomparablement supérieurs. Aujourd'hui le mouvement se porte vers les sérums.

Mais peu à peu la pratique de la clientèle finit par montrer la nécessité des tisanes et Dujardin-Beaumetz admet les tisanes, parce que, dit-il, les malades les réclament. Souvent des confrères se voient évincés pour avoir oublié cette prescription dans leur ordonnance.

Cependant, il y a mieux à faire que de s'incliner devant les exigences du public.

1° D'abord le malade a généralement perdu le goût des boissons ordinaires telles que le vin, le bouillon et le lait. Seules les tisanes, dont l'arome peut varier avec la plante, lui plaisent encore. Force est donc de se conformer à une nécessité physiologique.

2° Mais il y a plus. C'est au moins de l'eau qui a bouilli, et l'on absorbe ainsi une boisson exempte de microbes. L'eau bouillie, seule, est désagréable, tandis que la tisane peut être faite au goût du malade. Quand ce ne serait qu'à ce point de vue, la tisane a donc son utilité réelle.

3° En outre, un fait d'ordre médical, cette fois, prime tout, en ce qui concerne les tisanes diurétiques. On sait, en effet, combien l'émonctoire rénal prend de l'importance en pathologie. L'élimination des toxines règle, pour ainsi dire, le pronostic : donc, tout ce qui peut favoriser la diurèse doit être employé sans hésitation.

4° Les tisanes peuvent encore servir de véhicule, grâce à leur arome, pour l'absorption d'une foule de substances qui doivent être prises en solutions étendues. De même les poudres, quand les malades ne savent pas avaler les cachets, peuvent être dissoutes dans une tisane appropriée.

5° Enfin, elles peuvent être changées à chaque visite ou consultation, vu leur grand nombre, quand le malade se dégoûte de sa boisson.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

La digitale.

Il est admis par la grande majorité des médecins de nos jours que la digitale est l'une des plantes les plus *précieuses de la médecine et*

---

quelquefois prêts à toute réquisition, il faut le reconnaître ; mais ce n'est pas la règle. — Les riches mettent cette voiture à contribution et grèvent le budget communal ? Qu'on leur fasse rembourser le prix du transport. Rien de plus juste.

De plus, aujourd'hui, le brancard du commissariat est recouvert et la préfecture a mis à la *disposition du commissaire* un brancard sur roues, qui permet de transporter les cadavres quelconques, recouverts décemment et proprement. Il n'était pas trop tôt, car c'était écœurant.

L'ambulance municipale, dans la ville dont nous parlons, date du 15 août. Le brancard sur roues du commissaire est un peu antérieur.

En l'état actuel, voici donc la situation :

A la police, brancard simple, recouvert et brancard sur roues recouvert. A la mairie, voiture d'ambulance bien aménagée, mais avec conducteur et cheval disponibles au bout d'une heure comme après 24 heures ! C'est une amélioration notable, mais insuffisante au point de vue des nécessités de l'hygiène publique. — Et penser que certaines villes et que beaucoup de communes de la Seine sont bien loin de posséder ces ressources !

Voyons ce qui résulte de cette organisation, dans la pratique courante, pour le transport des malades contagieux dans les hôpitaux.

Nous sommes dans la banlieue : pas d'ambulances urbaines ou parisiennes par conséquent.

Le médecin est appelé auprès d'un malade, riche ou pauvre. C'est une fièvre typhoïde, une variole, une rougeole, une scarlatine, une diphtérie. Impossible de faire de l'isolement sérieux autour de ce malade. Personne, non plus, n'est en état de le soigner : il est à l'hôtel, en garni, domestique, seul dans un taudis, avec un mauvais lit pour quatre ! Du bon vouloir quelquefois, mais pas d'autres ressources. Ce n'est pas assez. Que faire ?

La meilleure ligne de conduite, dans ces tristes circonstances, c'est, à notre avis, d'envoyer le malade à l'hôpital et de faire immédiatement procéder à une bonne désinfection par l'étuve cantonale.

Comment opérer le transport ?

S'il y a une voiture municipale, et que le cas ne soit pas urgent, c'est la commune qui transportera le malade, sur la demande du médecin, puis on désinfectera. Alors tout est sauvegardé.

S'il y a urgence, et si le médecin craint les retards occasionnés par l'organisation défectueuse du service des transports, ce qui n'est pas rare, ou par *l'absence même de moyens de transports*, ce qui n'est pas plus rare, il dira à l'entourage, ou à la famille : il faut immédiatement faire transporter ce malade à l'hôpital. Ce n'est pas tout à l'heure, c'est tout de suite, et le médecin s'en va, pour ne plus revenir. — Alors, on hèle le

que ce médicament constitue l'un des plus puissants moyens d'action que possède le thérapeute pour ranimer le cœur et provoquer la sécrétion rénale. Aussi ne saurait-on assez étudier la digitale et examiner de près tout le parti qu'on peut en tirer, en même temps que les dangers auxquels elle expose.

I

BOTANIQUE ET PHARMACOLOGIE.

La digitale, ou *digitalis purpurea*, appartient à la famille des *scrofulariacées*. C'est une plante, qui pousse, à l'état sauvage, sur le bord des chemins, dans les campagnes, au milieu des herbes des champs, à côté des coquelicots et des graminées. Les paysans redoutent ses propriétés vénéneuses et l'arrachent comme mauvaise herbe. Elle a une assez belle apparence néanmoins. Longue sur tige, pourvue, à la base, surtout, de feuilles lancéolées et légèrement gaufrées, couronnée par une grappe de fleurs d'un rouge violacé, pourpre, en forme de godets, qui retombent vers le sol, la digitale est une des plantes médicinales les plus aisées à reconnaître.

On utilise toutes les parties de la plante (racine, tige, feuilles, fleurs, graines) qui contiennent en grande quantité, les mêmes alcaloïdes vénéneux : à l'inverse du pavot, dont les graines ne contiennent pas d'opium, la digitale est empoisonnée dans toutes ses parties, mais d'une façon très inégale. Ce sont les feuilles, qui contiennent le plus de poison.

Au point de vue botanique, la digitale appartient à la famille des scrofulariées ou scrofulariacées ; les feuilles sont ovales ou lancéolées, atténuées à leur base en une sorte de court pétiole, ailé de chaque côté ; leurs bords sont crénelés ; leurs limbes épais, pubescents ; leurs nervures ramifiées, saillantes à la face inférieure. Les fleurs sont irrégulières ; la corolle est gamopétale rouge pourpre, tachée de blanc et de rouge ; le réceptacle convexe ; le périanthe double, pentamère ; l'androcée à 4 étamines didynames ; l'ovaire supère, biloculaire, à loges pluriovulées ; le fruit est sec et déhiscent ; les graines pourvues d'albumen.

Pour l'usage pharmaceutique, la digitale s'emploie desséchée, et ce sont, de préférence, les feuilles que l'on destine aux préparations médicamenteuses.

Lorsqu'on prescrit la digitale, il est donc à peu près inutile de spécifier : PRÉPARATION DE FEUILLES, détail qui est au contraire si important pour l'aconit, le colchique, etc.

A. On pulvérise les feuilles desséchées et on en obtient la préparation la plus commune, LA POUDRE DE FEUILLES DE DIGITALE, qui se donne généralement en pilules à dose de 0,05, cinq centigrammes jusqu'à 0,30, trente centigrammes selon l'âge.

B. Puis viennent les TISANES de digitale, sous forme d'infusion et de macération.

Feuilles de digitale.. 0,50 centigrammes.
à faire INFUSER 20 minutes
Dans eau............ 100 cent. cubes.
Réduire à 90 ; passer et ajouter :
Sirop................. 30 cent. cubes
à prendre par cuillerée à soupe toutes les deux heures ou bien :

Feuilles de digitale.. 0,50 centigrammes.
à faire MACÉRER 12 heures dans
Eau................. 1/4 de litre
à prendre en 4 fois dans la journée.

C. En 3e lieu, on prépare la TEINTURE ALCOOLIQUE DE DIGITALE :

Feuilles de digitale.......... 100 gr.
Alcool à 60°.................. 500 gr.
faire macérer pendant 10 jours, passer avec expression et filtrer.

---

fiacre qui passe, et vous risquez, dans la même journée, de monter vous-même, avec vos enfants, dans ce fiacre peu ou pas désinfecté, et qui a servi, tout à l'heure, à transporter des varioleux !

Si le malade peut se tenir debout, il prendra l'omnibus ou le tramway. On l'accompagnera pour le soutenir et l'asseoir à côté des voyageurs bien portants... S'il y a lieu, il prendra le chemin de fer.

S'agit-il d'un enfant qui a la diphtérie ou le croup ? Cet enfant ne peut recevoir, dans sa famille, les soins dont il a besoin. On l'enveloppera dans une couverture, et l'on montera, dare dare, dans l'omnibus, le tramway ou le bateau qui passe.

Tous les jours, et plusieurs fois, vous pourrez voir, dans le coin d'un bateau, un enfant cyanosé qui a le croup, et que l'on transporte aux Enfants malades, ou à Trousseau. Et dans ce bateau, autour de lui, il y a du monde et de nombreux enfants, et jamais ces bateaux ne sont désinfectés !

Les chemins de fer ne transportent-ils pas d'ailleurs, constamment, des tuberculeux, des fiévreux, des typhiques, des cholériques, des varioleux, des convalescents de rougeole et de scarlatine ? N'est-ce pas effrayant ? — Y a-t-il une surveillance à ces transports de malades ? Non. — Peut-il y en avoir une ? Oui.

Et les malades des lycées, des pensions, des administrations, des magasins.... ? — Le médecin constate qu'un employé ou un élève — masculin ou féminin — est atteint d'une maladie contagieuse. Le malade se rend, ou bien est transporté à l'hôpital ou chez ses parents, où il crée des foyers....

Toutes ces mille voies, laissées libres à la contagion, tous ces contacts inconnus, tous ces dangers courus, ne vous font-ils pas frémir ? Et combien d'autres portes ouvertes à la propagation des maladies contagieuses !...

Mais nous n'entendons parler que du transport des malades qui est, tel qu'il est pratiqué aujourd'hui, une source considérable de contagion que l'on peut tarir. Ce mode de contagion est *évitable*. On peut réaliser un ensemble de moyens, de mesures et de procédés propres à faire disparaître cette cause de propagation des maladies. — Si on arrivait à la faire disparaître, le progrès serait considérable.

Examinons quelques-uns de ces moyens au point de vue pratique :

Tout d'abord il est juste de reconnaître que certains commissaires de police comprennent à merveille leur mission et se tiennent parfaitement au courant des progrès de l'hygiène ; nous en connaissons qui se mettent absolument à la disposition des médecins et qui, en 10 *minutes*, se chargent du transport d'un malade contagieux.

Cette teinture comme toutes les teintures alcooliques, représente une préparation un peu infidèle :

1 gramme équivaut à *53 gouttes* mesurées avec le compte-gouttes ordinaire des pharmaciens.

Les doses habituelles sont :

V à XX gouttes en 24 heures pour les enfants, 1 à 2 grammes pour les adultes.

D. En 4e lieu, on emploie, surtout à l'extérieur en frictions, la TEINTURE ÉTHÉRÉE DE DIGITALE :

Poudre de feuilles de digitale	100 gr.
Ether alcoolisé à 0,70°.......	500 gr.

Traiter la poudre de digitale par l'éther dans l'entonnoir à déplacement et recevoir le liquide éthéré que l'on conserve pour l'usage.

Cette préparation est trop infidèle et trop variable pour être employée à l'intérieur :

1 gramme équivaut à *82 gouttes.*

E. La cinquième préparation est l'EXTRAIT AQUEUX DE DIGITALE.

Feuilles sèches de digitale...	1000 gr.
Eau distillée bouillante......	8000 gr.

Réduire les feuilles de digitale en poudre grossière ; les faire infuser pendant 12 heures dans 6000 gr. d'eau. Passer avec expression à travers une toile ; laisser déposer et traiter le marc de la même manière avec le reste de l'eau. Concentrer au bain-marie la première infusion ; ajouter la seconde après l'avoir amenée à l'état sirupeux, et évaporer jusqu'à consistance d'extrait mou.

Cette préparation, rarement employée, est donnée à la dose de *dix à trente* centigrammes par jour, en pilules chez l'adulte.

F. En 6e lieu, la digitale peut se donner sous forme d'EXTRAIT ALCOOLIQUE :

Feuilles sèches de digitale...	1000 gr.
Alcool à 60°.................	6000 gr.

Réduire les feuilles en poudre demi-fine, les humecter avec 500 grammes de l'alcool prescrit, les tasser entre deux diaphragmes dans un cylindre d'étain ; après 12 heures, lessiver avec le reste de l'alcool.

Distiller les teintures alcooliques au bain-marie, pour en retirer toute la partie spiritueuse et achever l'évaporation au bain-marie jusqu'à consistance d'extrait.

On donne de *cinq à vingt centigrammes* par jour de cet extrait en pilules chez l'adulte.

G. LE SIROP DE DIGITALE, assez fréquemment employé chez les enfants, à la dose d'une demi-cuillerée à café jusqu'à trois cuillerées à café par jour, est préparé de la façon suivante :

Teinture de digitale.....	25 gr.
Sirop de sucre..........	975 gr.

M. S. A.

Vingt grammes correspondent à cinquante, 0,50 centigrammes de teinture ou à trente-trois, 0,033 milligrammes d'extrait alcoolique. Chez l'adulte on peut donner 2 ou 3 cuillerées à soupe.

H. Depuis que les chimistes et les physiologistes ont démontré par l'analyse et l'expérience que les propriétés de la plupart des plantes sont dues aux alcaloïdes qu'elles contiennent, on a cherché à isoler de chacune d'elles la ou les substances simples qui réalisent ces propriétés. Ainsi, pour la digitale, on a découvert, par l'analyse, diverses substances primordiales, vénéneuses qui sont les véritables agents d'action de la plante : ces substances sont : la DIGITALINE, la DIGITALÉINE et la DIGITOXINE, la DIGITINE, la DIGITONINE, la TOXIRÉSINE et la DIGITALIRÉSINE.

De toutes ces substances, la plus puissante est la première, ou DIGITALINE PURE, CRISTALLISÉE, insoluble dans l'eau, soluble dans le chloroforme. Les récentes discussions des sociétés savantes tendent à n'accorder de valeur qu'à

Les communes devraient toutes avoir, soit pour une seule commune, si elle est importante, soit pour plusieurs communes voisines, des voitures spéciales d'ambulance, prêtes *à toute réquisition* à transporter les maladies contagieuses.

Chaque médecin serait tenu d'indiquer ce moyen aux intéressés et de leur faire entendre qu'ils ne doivent pas en employer d'autres.

Il serait possible d'exercer une surveillance sur le transport des malades en chemin de fer, en omnibus, en tramway, en bateau, et de faire comprendre, peu à peu, au public, qu'il est responsable des dangers qu'il fait courir à ses voisins, en laissant ses malades prendre place à côté de gens bien portants, dans les dits moyens de transport de ces malades à l'hôpital ou aux stations sanitaires. — Le médecin aurait une grande puissance pour convaincre le public et faire suivre aux malades contagieux le chemin le plus sûr pour la sécurité publique, mais il faudrait une réglementation pour les malades qui échappent à l'action du médecin. — Des mesures de coercition pourraient même être établies. — C'est une bonne habitude à faire prendre. Qu'on se représente les résultats qui en résulteraient !...

Une maladie contagieuse, une fois constatée dans un établissement d'instruction, un magasin, une administration, ne pas laisser au malade le choix du moyen, pour aller se faire soigner dans sa famille ou chez des parents. Lui imposer une voiture spéciale et non une voiture quelconque.

Au point de vue strict de l'hygiène publique, il vaudrait mieux que ces malades fussent soignés sur place. Dans le cas contraire, il faudrait les suivre et prendre les mesures nécessaires pour empêcher la création de nouveaux foyers et désinfecter les locaux et les personnes qui ont approché le malade dans un rayon déterminé de fréquentation, et partout où il aura été. — Mais ceci est une autre et vaste question...

Pour arriver à la solution de ces questions d'hygiène publique, il faudrait avant tout que l'obligation de la désinfection soit décrétée, puis on s'occuperait de la surveiller et de la rendre prompte, bien comprise et efficace.

Nous n'en sommes pas encore là !

Pas d'obligation — donc rien de fait !

Un propriétaire qui a un animal atteint de péripneumonie est obligé de le déclarer sous peine d'amende et de prison. Quand il s'agit d'un homme, pas d'obligation ! La chanson des *Bœufs* de Dupont serait-elle donc toujours le dernier cri du cœur humain ou du moins de nos législateurs ?

Dr S. C.

ce seul alcaloïde. D'après M. Bardet, la digitaline amorphe du Codex est aussi active que la digitaline cristallisée.

Cette substance est soluble dans l'alcool et le chloroforme, et d'autant moins soluble dans l'éther que celui-ci est plus pur. Elle a une saveur amère très intense.

L'activité de cette substance est telle qu'il faut la manier avec beaucoup de précautions ; on l'emploie sous 3 formes :

1° *Granules de digitaline dosés*, contenant chacun 1/10 milligramme de digitaline.

5 ou 10 par jour.

2° *Solution alcoolique de digitaline au millième.*

Digitaline cristallisée....	0 01 centigr.
Alcool à 90°............	6 gr.
Glycérine...............	9 gr.

Quarante à *cinquante* gouttes par jour.

3° *Solution hypodermique de digitaline cristallisée.*

Digitaline cristallisée..	0 01 centigr.
Alcool à 90°...........	10 cent. cubes.
Glycérine.............	10 cent. cubes.
Eau de laurier cerise...	20 cent. cubes.

Une seringue de Pravaz de 1 centimètre cube contiendra 1/4 de milligramme de digitaline cristallisée. Ces injections sont un peu douloureuses, mais ont l'avantage de ne pas fatiguer l'estomac.

La plupart des formulaires donnent des doses plus ou moins inexactes, il faut y prendre garde. Surtout, observer la règle du fractionnement des doses, afin d'éviter les accidents et l'intolérance gastrique.

C'est avec intention que nous n'avons cité que les granules d'1/10 de milligramme ; ce sont les plus maniables : ceux d'1/4 de milligramme du Codex, et ceux de *un* milligr. d'Homolle et Quévenne sont trop forts et souvent mal supportés.

II

EFFETS THÉRAPEUTIQUES ET INDICATIONS.

La digitale est le médicament par excellence du cœur et de la diurèse. A petites doses, elle augmente notablement la tension artérielle et ralentit les battements cardiaques. Le pouls tombe souvent à 50 et au-dessous, par minute. A dose toxique, la digitale produit de l'irrégularité du pouls, de l'abaissement de la tension artérielle, de l'affaiblissement du myocarde et finalement, l'arrêt du cœur en diastole.

D'après Traube, l'action sur le cœur s'exerce par l'intermédiaire du nerf modérateur du cœur, c'est-à-dire du pneumogastrique.

Les doses modérées excitent ce nerf et produisent des contractions plus énergiques et moins nombreuses : les doses élevées paralysent ce même nerf et augmentent le nombre des battements cardiaques. D'après Cadiat, la digitale a une action élective spéciale sur la fibre musculaire cardiaque, sans intermédiaire du système nerveux ; elle augmente la tonicité des fibres cardiaques et ralentit d'autant les contractions.

Pour Huchard, c'est un médicament cardio-vasculaire, qui agit autant sur les muscles des vaisseaux, que sur ceux du cœur.

En résumé, la digitale est un médicament tonique de la circulation, à petites doses ; à hautes doses, elle est, le plus souvent, nuisible, et toxique. D'ailleurs, elle provoque des vomissements et de la diarrhée ; elle produit des troubles de l'ouïe, de la vue, de l'irrégularité du pouls, de la stupeur, du coma et la mort en deux ou trois jours, parfois plus rapidement.

A petites doses, la digitale amène la diurèse par augmentation de la tension artérielle.

A doses modérées, elle provoque un abaissement de la température. A doses fortes, elle amène une diminution de la sécrétion urinaire. D'après G. Sée, la digitale est anaphrodisiaque.

Un point fort important à retenir dans la physiologie de la digitale, c'est que ce médicament s'accumule dans l'organisme et n'agit pas le premier jour de son administration. D'où la nécessité de ne pas le prolonger au delà de *3 ou 4 jours de suite*. Dans cette idée, certains auteurs ont conseillé d'administrer en bloc une dose suffisante de digitale, une sorte de provision, s'en remettant à la nature pour distribuer, au fur et à mesure des besoins les doses nécessaires à tout l'organisme.

Cette manière de procéder n'est pas bonne, à notre avis, car l'organe qu'il faut le plus surveiller et ménager quand on prescrit la digitale, c'est d'abord l'estomac.

De fortes doses de digitale le fatiguent vite et amènent des nausées et des vomissements.

Il faut fractionner les doses pour les rendre tolérables et les continuer avec persévérance pendant 3 jours. Si au bout de ce temps, le nombre et la force des pulsations rigoureusement enregistrées chaque jour, n'indiquent pas de troubles notables, et surtout si l'estomac est docile, il faut continuer encore pendant un jour la prescription de digitale, sans s'impatienter de ne pas voir survenir la diurèse. La diurèse, en effet, ne se produit souvent que 2 ou 3 jours après la cessation de la digitale, alors qu'on n'administre plus que du lait et des tisanes. C'est à cause de ce fait que plusieurs substances employées aussitôt après la digitale, comme la caféine, le calomel, etc., ont pu être considérées comme diurétiques : la diurèse, produite en réalité par la digitale accumulée depuis quelques jours dans l'organisme, paraît en effet arriver juste le jour où sont commencés ces médicaments secondaires, de bien moindre valeur.

En somme, la digitale est un merveilleux médicament, mais son emploi exige beaucoup de tact et d'expérience.

Voyons maintenant les indications de l'emploi de la digitale.

Beaucoup de praticiens ont le tort de croire que la digitale est le spécifique de toutes les maladies du cœur. Chaque fois qu'ils constatent ou simplement, même, supposent une affection cardiaque, ils prescrivent, qu'on nous pardonne le mot, à tort et à travers, la digitale. De nombreux exemples d'intolérance et d'échec complet de la digitale, nous ont montré, récemment encore, que ce médicament ne convient pas à tous les cas d'affection de cœur.

Ses indications principales sont la faiblesse et l'irrégularité de la systole, c'est-à-dire les maladies du cœur non compensées, avec petitesse et intermittences du pouls, dyspnée, œdème, diminution de la quantité d'urine, engorgement du foie, lorsque les fibres du myocarde n'ont pas encore subi la dégénérescence graisseuse.

Quand on la donne dans les maladies compensées, on accroît inutilement l'énergie du cœur, et on favorise l'hypertrophie et la dégénérescence du muscle cardiaque, par exagération des combustions.

Comme diurétique, la digitale, outre ses indications dans les affections cardiaques, accompagnées d'hydropisies, peut être administrée dans les néphrites, à condition que le rein ne soit pas imperméable. Elle n'irrite pas le rein, car elle ne s'élimine pas en nature. On prescrit encore la digitale particulièrement dans la pneumonie comme hypothermique, et comme hémostatique, contre les hémoptysies, les métrorrhagies, etc., contre la spermatorrhée comme anaphrodisiaque.

Quand on prescrit la digitale pour une asystolie cardiaque, il faut : 1° faire cesser toute médication ; 2° chercher, avant l'administration du médicament, à diminuer le trop plein vasculaire et les résistances périphériques. On arrive à ce dernier résultat : par le repos, le régime lacté, et par un purgatif (drastique (teinture de jalap composée, 20-25 gr.) ; quelquefois, par une saignée de 20 à 30 gr. On donne alors, soit des gouttes de solution de digitaline XXX à L par jour, aux adultes seulement, ou bien la macération de digitale, comme nous l'avons indiquée à la partie pharmacologique : de 0,10 à 0,25 centigr. pour les enfants ; 0,50 centigr. pour les adultes.

Les lésions mitrales sont celles qui bénéficient le plus de l'emploi de la digitale. Les aortiques, au contraire, sont généralement très mal influencées par la digitale. Legroux défendait complètement l'usage de la digitale dans l'insuffisance aortique ; de fait, elle donne dans cette maladie de fort mauvais résultats. On doit plutôt avoir recours à l'iodure de sodium, à la spartéine, aux bromures, à la convallamarine.

Dans les rétrécissements aortiques, mêmes contre-indications de la digitale.

Quand l'albuminurie est très prononcée et le rein non perméable, il vaut mieux employer la lactose et le lait que la digitale, pour provoquer la diurèse.

Enfin, dans la pneumonie franche aiguë, la digitale a été conseillée et employée depuis longtemps. Dernièrement, un professeur roumain, le Dr Pétresco, a préconisé avec une grande autorité l'emploi de la digitale à très hautes doses contre la pneumonie aiguë. Nous avons déjà exposé la méthode de Pétresco dans un précédent article sur la pneumonie et son traitement. Rappelons que Pétresco prescrit jusqu'à 4 grammes de feuilles de digitale en infusion, pour 24 heures, et donne cette dose en fractions plus ou moins grosses suivant les tempéraments des sujets. Les succès qu'il a obtenus peuvent autoriser d'autres cliniciens à l'imiter ; toutefois, nous ne saurions trop engager à être prudent et à employer toujours des doses fractionnées ; d'ailleurs, on fera sagement de surveiller l'état du cœur et du pouls plusieurs fois par jour, pendant les trois ou quatre jours que dure la prescription de la digitale, afin de bien en pondérer les doses.

Dernière remarque à propos de la digitale : Elle produit une irrégularité régulière ou rhythmée du pouls, en vertu de laquelle deux pulsations rapides sont séparées des deux suivantes par une pause assez longue. C'est le pouls bigéminé de la digitale, qu'il ne faut pas prendre pour une altération pathologique.

Disons, en terminant, que lorsqu'on a affaire à un empoisonnement par la digitale, avec vomissements, diarrhée, collapsus, mydriase, menace de mort, il faut employer rapidement les moyens suivants : favoriser les vomissements, et donner un lavement purgatif. Le tannin ou l'acide gallique, 2 gr. dans 100 gr. d'eau, une décoction astringente d'écorce de chêne, de noix de galle, de cachou, de quina, de ratanhia, sont d'excellents contre-poisons. Surtout, il faudra faire administrer beaucoup de café noir fort, ou de thé. On fera de vigoureuses frictions, on appliquera des sinapismes à l'estomac, on réchauffera avec des bouillotes et des linges chauds. Enfin, certains conseillent d'employer VI gouttes de teinture d'aconit dans un peu de thé très fort et très chaud et de renouveler cette dose au besoin.

Dr Paul Huguenin.

FAITS CLINIQUES.

Strychnine et Vertiges

Il faut avouer que la strychnine est un bien merveilleux médicament. Je ne crois pas m'avancer en affirmant qu'en injections sous-cutanées, c'est le médicament des vertiges par excellence, quand on a soin de les dégager des éléments périphériques qui les additionnent. Je vais donner seulement deux exemples à l'appui de cette admirable pratique.

1re *Observation.* — La nommée R. est âgée de 48 ans. — Elle est fille, énormément obèse, névropathe renforcée et à l'âge de retour. Depuis un mois elle ne tient plus debout ; se met-elle sur son séant, quand elle est couchée, sa figure se congestionne et elle tombe, comme une masse qu'elle est, de 110 kilog. Evidemment j'ai affaire ici à un vertige congestif, chez une hystérique obèse, en puissance de suppression cataméniale. — L'indication est ferme : depléthoriser, fortifier le système nerveux, faire maigrir. Il n'y a pas de sucre dans l'urine, et les organes sont sains, cœur et estomac compris, rien du vertige de Ménière. Je commence la décongestion par l'application de ventouses scarifiées en arrière du cou. Le vertige s'améliore sous leur influence combinée aux purgatifs, mais revient avec violence. Devant l'impuissance des bromures, j'aborde sans retard la strychnine en injections sous-cutanées de cinq milligrammes répétées trois fois par semaine, moyen qui m'avait fréquemment réussi. Le résultat est superbe. Au bout d'un mois d'injections, la malade qui ne pouvait même pas rester dans son lit, assise sur son séant, et qu'on était obligé de porter comme une masse de 110 kilog. d'un point à un autre, se promène seule depuis plusieurs mois dans les rues de la Rochelle.

Trois phénomènes d'intolérance doivent faire suspendre la strychnine ; deux sont connus : la démangeaison à la peau et les secousses ou contractures des membres et de la mâchoire. Un troisième, que je sache, n'a jamais été signalé : c'est la sensation nauséeuse, accompagnée d'état syncopal, que j'ai constatée dans deux ou trois cas de ma pratique. On croirait à une injection

morphinée. Ce genre d'intolérance peut se présenter après plusieurs jours de traitement, ou survenir d'emblée.

2° *Observation.* — Le second fait que je veux relater, parmi tant d'autres, date de quelques années. C'est à Surgères que je fis la rencontre d'un alcoolique de 50 ans, porteur à la tête d'une cicatrice, reliquat d'un fragment d'obus. Il se met un beau jour à vertiginer d'une façon déplorable. Mal de tête violent simultané ; encore un vertige congestif, mais implanté, cette fois, sur un fond alcoolique, sur des cellules nerveuses asthéniées. Je prescris, préliminairement, des ventouses scarifiées et des purgatifs. La céphalalgie cède un peu, mais le vertige persiste. A ce moment apparaissent des visions d'animaux et du tremblement. Assis sur son séant, la rupture d'équilibre est complète ; il s'affale à toutes les tentatives. Injections sous-cutanées de strychnine de 0,005 à 0,007 milligrammes.

Un mois de lutte. Guérison radicale. Depuis dix ans, ce chevalier de l'alcool n'a plus de vertiges.

Furoncle bizarre, cruelle énigme !

Appelé dans un village du canton de (mettons : *Trois Etoiles* : pour ne blesser personne), boulevard d'un des plus grands candidats de France et de Navarre, auprès d'un de ces ouvriers ruraux, membre de la Société philanthropique de la commune, je me trouve en présence d'un brave vieillard de 65 ans qui me tient à peu près ce langage : Monsieur, voilà bientôt quatre mois qu'on me soigne pour un furoncle de la jambe. Cette durée bizarre renverse toutes mes idées... de manœuvre. Quel que soit le respect que je professe pour mon opérateur habituel, j'ai tenu à avoir votre avis sur le cas d'un furoncle dont la ténacité me fait redouter un cancer. Je n'ai pas besoin de dire que cette singulière longévité attribuée à un furoncle, m'avait fait légèrement sourire et que ce sourire, réprimé au plus vite, pour ne pas sortir des lois élémentaires de la déontologie, allait bientôt se renforcer de l'hilarité retentissante de l'assistance, conviée, bien malgré moi, autour du sphynx furonculeux. Hâtons-nous de dire qu'il n'y a pas eu ignorance, mais légèreté, et que ces légèretés-là sont tellement terribles aux yeux du public, que j'ai cru devoir en faire l'exposé, pour faire éviter cette ornière à des confrères certainement instruits, mais trop superficiellement observateurs. — Cette tumeur a le volume de deux grosses noix environ. Elle est acuminée comme un furoncle et repose sur une base demi-molle, non violacée. Il n'y a point, à distance, de glandes engorgées. En la pressant, une goutte de pus perle au sommet. Devant ces phénomènes d'abcédation et l'évidence d'une tumeur kystique suppurée, il ne me restait, évidemment, qu'à libérer le territoire.

Au second coup de bistouri, que je prolonge dans la tumeur, dans toute l'étendue de son plus grand diamètre, je vois s'échapper, avec la vitesse d'un jet artériel, quelque chose de mince, de noirâtre et d'allongé comme un caillot variqueux, de huit centimètres de longueur environ, et qu'à la palpation je constate être un fragment robuste d'épine noire, reçu *un an* auparavant par le porteur inconscient, en confectionnant des fagots. L'exode de cette épine a été vraiment pittoresque, en raison de la vitesse qui lui était imprimée par les tissus et le mouvement de stupeur et, disons-le, de gaîté consécutive, provoqués par sa réapparition dans un monde qui l'avait si complètement oubliée.

Dr G. Reignier (de Surgères),
Membre correspondant de la Société de médecine et de chirurgie pratiques.

MÉDECINE LÉGALE

La déclaration et l'inhumation des fœtus et des embryons.

En 1882, M. Floquet, préfet de la Seine, adressait une circulaire aux maires de Paris, concernant la déclaration et l'inhumation des fœtus ainsi que des embryons de moins de quatre mois.

Rappelons les points essentiels de cette circulaire : « Beaucoup de familles refusent de faire procéder à l'inhumation régulière de l'embryon ; les embryons sont alors enfouis dans les caves, dans les jardins, dans les terrains vagues ou jetés dans les fosses d'aisances. Je n'ai pas besoin d'insister sur l'inconvenance de ces pratiques qui ont le grave inconvénient de provoquer des recherches judiciaires, dans le cas où la découverte fortuite des restes fait croire à des actes criminels. » Le préfet indique que ces déclarations doivent être portées, non sur un registre de l'état civil, mais sur un registre spécial, sorte de *livre de police* destiné à faire connaître le résultat de la vérification du médecin et à faciliter les recherches, lorsqu'il existera des soupçons d'avortement criminel. La circulaire, adressée aux maires de Paris, se terminait ainsi : « Je vous prie de prendre les mesures pour que ce mode de procéder soit porté à la connaissance des médecins et des sages-femmes de votre arrondissement, afin que personne ne puisse désormais se soustraire à l'obligation de déclarer les cas d'accouchements prématurés, nécessitant l'inhumation des produits embryonnaires. »

Ce document administratif, exclusivement applicable au département de la Seine, s'appuyait sur des points scientifiques discutables. Il établissait, parmi les produits embryonnaires, une période de six semaines à quatre mois ; il paraissait confondre l'avortement et l'accouchement prématuré. Enfin M. le Préfet oubliait que, dans aucune circonstance, le médecin n'est tenu de déclarer un avortement. L'article 378 du code pénal donne au médecin l'obligation de ne rien divulguer des secrets qu'on lui confie dans l'exercice de sa profession. Sauf les circonstances prévues par l'article 56 du code civil sur la déclaration de naissance, le médecin avait donc le devoir de ne pas contribuer à la tenue de ce *registre de police*, et il était certain que, sous peine de poursuite de la part des parties intéressées, il pouvait, en vertu de l'article 378, ne pas déclarer les accouchements prématurés.

Nous venons de parler de la déclaration de naissance, d'après un document administratif, car la loi ne parle pas du sujet en discussion, et, on le sait, elle n'impose pas au médecin la déclaration des décès. La loi ne s'occupe que de l'enfant, d'un être viable et vivant dont il est nécessaire de constater l'entrée dans la société

et qu'il faut protéger. Voilà pourquoi elle oblige le médecin, si souvent présent au moment de la naissance, de venir la déclarer et elle l'y contraint, à défaut du père, comme le témoin naturel de l'événement qui vient de se produire.

Et pour concilier à la fois l'article 348 (déclaration de naissance) et l'article 378 (secret professionnel), nous disons : *Tout ce qui rattache l'enfant à la société, le médecin doit le dire. Tout ce qui rattache l'enfant à la mère, le médecin doit le taire, si la mère l'exige.*

Mais ce mot *enfant*, au point de vue du droit civil, s'entend d'un être organisé et bien vivant, de la naissance à l'âge de sept ans. Si, au contraire, le produit de conception est né-mort, n'est pas viable, il ne peut acquérir aucun droit, ainsi que l'établissent les articles 312, 314, 725 et 906.

L'idée de vie, de la vie extra-utérine, est le point essentiel dans le droit civil. Ce qui domine en médecine légale, c'est l'idée de viabilité. En effet, un être non viable ne peut mourir au sens légal du mot : il ne peut y avoir décès de ce qui, à proprement parler, n'a pas encore vécu. En résumé, s'il n'y a pas viabilité, il n'y a pas naissance et par conséquent il ne peut y avoir décès.

Ces différentes raisons ont permis aux médecins parisiens de discuter d'abord la circulaire préfectorale, puis de ne pas en tenir compte. Bientôt, en effet, les prescriptions sont tombées en désuétude, et depuis quatorze ans on n'entendait plus parler des mesures prises par M. Floquet.

La question vient d'être posée à nouveau par M. le docteur Lutaud dans la dernière séance de la Société de médecine légale. Voici les faits, tels que notre confrère les raconte dans son *Journal de médecine de Paris*, n° 3, 1896 : « Le 23 octobre 1895, avec mon confrère le docteur D..., j'assistai Mme X... qui accoucha d'un fœtus d'environ quatre mois et demi. Cette dame, qui avait les plus sérieuses raisons de garder l'incognito, me pria de la débarrasser de son fœtus, sans que son nom, ni son adresse soient divulgués.

La chose semblait facile. J'aurais pu emporter mon produit et le conserver, comme tant d'autres, dans de l'alcool ; mais ma collection étant déjà plus que complète, je le portai à la mairie, bien décidé cette fois à me conformer à la loi. »

M. Lutaud rappelle les obligations de la Circulaire dont nous avons parlé et ajoute qu'au bureau de l'état civil on lui répondit qu'il fallait d'abord déclarer la naissance, puis le décès, qu'un médecin de l'état civil se rendrait au domicile de la mère pour constater le décès et qu'enfin l'administration des pompes funèbres pourrait faire la levée de corps.

Après avoir parlementé avec le chef des bureaux, le maire, avec le Directeur des affaires municipales, il fut entendu que le maire recueillerait le fœtus ; qu'après l'avoir fait examiner par le médecin de l'état civil, il chargerait les pompes funèbres de l'inhumation.

C'est là une solution provisoire et M. Lutaud ajoute, comme nous l'avons déjà dit, que la Circulaire préfectorale n'est pas appliquée. « En effet, j'ai appris que dans un arrondissement, qui compte plus 100,000 habitants, la mairie ne reçoit chaque année que huit ou dix déclarations de ce genre, alors que plusieurs milliers de fausses couches ont lieu. Et cependant la déclaration est gratuite et l'enlèvement et l'inhumation des fœtus ont lieu dans des conditions aussi discrètes que possible. On continue, comme par le passé, à jeter les embryons et les fœtus dans les fosses d'aisances, parce que beaucoup de femmes, même honorables, ne se soucient pas de faire connaître leurs accidents puerpéraux aux autorités municipales. »

A Lyon, les embryons trouvés sur la voie publique ou ceux qui sont recueillis dans les hôpitaux, par exemple à la Charité, ne sont pas déclarés à l'état civil. Il en est de même pour les produits embryonnaires résultats de fausses couches. Beaucoup de médecins les envoient à notre laboratoire, et aujourd'hui même nous avons reçu deux produits de trois mois et demi à quatre mois.

Les exigences de l'Administration lyonnaise sont celles que nous avons signalées en 1882. On doit déclarer les produits embryonnaires que l'on inscrit comme mort-nés, et avec les mort-nés, dans une colonne spéciale, on en fait la distinction entre légitimes et illégitimes, et ce qui est plus extraordinaire, entre garçons et filles. Au-dessous de cette colonne spéciale on trouve une note imprimée : « On n'inscrit que les ENFANTS présentés sans vie à l'officier de l'état civil, qui n'ont pas été l'objet d'un acte de naissance. »

Nous en avons dit assez pour montrer que, par ce mode de procéder, les statistiques sont fausses. On ne sait combien il y a de mort-nés à Lyon, et le registre de l'état civil qui, d'après le décret du 4 juillet 1806, ne devrait inscrire que les *enfants* présentés sans vie, renferme des produits embryonnaires dont l'âge, le sexe sont parfois inconnus, et qui, dans tous les cas, ne doivent pas figurer dans ce registre.

J'imagine cependant, n'ayant pas eu le loisir de vérifier le fait, que depuis quelques années les inscriptions de produits embryonnaires doivent devenir de plus en plus rares.

Il y a quinze ou seize ans nous avions à examiner un grand nombre d'embryons ou de fœtus retirés d'égouts, des fosses d'aisances, des fleuves, etc. Les cas étaient si fréquents que nous écrivions en 1882 que ces expertises constituaient à peu près les deux tiers des faits observés par un médecin au rapport.

Mais le nombre de ces expertises a peu à peu baissé et aujourd'hui ces autopsies ne se pratiquent plus. Certes, le nombre des avortements n'a pas diminué et, comme il nous arrive parfois de nous en apercevoir, le métier d'avorteuse est des plus prospères. Mais on y met plus d'habileté et, grâce à l'antisepsie, les accidents graves sont évités. L'opération se pratique de bonne heure, vers le deuxième mois, le troisième mois au plus tard. Alors le produit est si petit qu'il est facile de le faire disparaître dans la cheminée ou dans le fourneau. La crémation est entrée dans les habitudes des *faiseurs d'anges*.

Nous avons la conviction que la pratique méthodique et systématisée de l'antisepsie dans les manœuvres abortives au début de la grossesse a augmenté le nombre d'avortements, tout en faisant disparaître la fréquence des accidents graves pour la mère. De nos jours l'avortement est plus fréquent parce qu'il se fait tôt et sûrement. N'a-t-on pas déjà constaté que tout progrès scientifique s'accompagne souvent d'un perfectionnement criminel ?

En résumé, et comme conclusion, le médecin

n'a pas à déclarer les décès. Il n'est tenu qu'à la déclaration de la naissance des enfants ou des produits de conception viables, c'est-à-dire après 180 jours. Ce n'est qu'à ceux-ci ou à des fœtus à terme que s'applique la qualité de mort-né. La catégorie des mort-nés ne doit comprendre que les enfants décédés avant, pendant et après l'accouchement, qui n'ont pas été l'objet d'un acte de naissance. Le médecin, si les parents l'exigent, doit se taire « sur les noms, prénoms, qualités et demeure des père et mère de l'enfant », ainsi que l'indique l'article 1 du décret du 4 juillet 1806; il se contentera d'indiquer « l'an, jour et heure auxquels l'enfant est sorti du sein de sa mère ». C'est ce qu'exigent la loi et la jurisprudence.

A. Lacassagne.

(*Lyon médical.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les conseils de revision.

Notre excellent confrère et ami, le Dr Denance, de Varennes (Loiret), qui a entrepris, dans la région où il exerce, une campagne vigoureuse contre la propagation de la tuberculose, attaque, avec juste raison, la manière absolument défectueuse dont fonctionnent les conseils de révision pour l'examen des jeunes soldats.

Sous le titre un peu ardent de : *Sus aux conseils de revision*, il montre, dans un article qu'ont reproduit les journaux locaux, les dangers d'un examen sommaire des conscrits et les conséquences de leur introduction dans l'armée, s'ils sont atteints de tuberculose.

Voici l'article du Dr Denance :

Pères de famille, c'est pour vous que je pousse ce cri de guerre ! c'est à vous que je fais appel, c'est à vous que je veux montrer les imperfections des Conseils de revision dont la composition ne répond plus aux exigences de l'hygiène moderne, c'est à vous que je veux signaler les dangers que fait courir, à vos enfants qui vont à la Caserne, l'insuffisance de ces Conseils !

Vous en connaissez la composition : un Général ou un Colonel, un Conseiller général, un Conseiller d'arrondissement, un Conseiller de Préfecture et, comme Président, le Préfet du département.

Mais ce que vous ignorez peut-être, c'est que ces membres seuls ont voix délibérative, et que le médecin, — pourtant le seul compétent, — n'a que voix consultative; il donne son avis. Aux membres cités plus haut, incombe le soin de décider si le sujet sera, oui ou non, accepté dans l'armée.

Malgré cette bizarrerie, les Conseils de revision semblaient suffire à leur tâche. Quelle était leur mission ? — 1° Réformer les infirmes et les débiles qui n'auraient pu accomplir le rude métier de soldat, sans danger pour leur vie ; 2° Rejeter de l'armée tous les hommes qui auraient pu être un danger pour la vie des autres, c'est-à-dire tous les hommes atteints de maladies contagieuses.

Or, il est facile de reconnaître les infirmités et la débilité ; de plus, jusqu'en 1882, on ne connaissait, comme contagieuses, que des maladies dont les manifestations étaient extérieures et apparentes. Le médecin militaire pouvait donc ne rien laisser échapper, quelque hâte qu'il apportât à l'examen des Conscrits.

Mais aujourd'hui nous savons qu'il existe une maladie terrible, éminemment contagieuse, la tuberculose, qui fait dans l'armée de nombreuses victimes ! Nous savons que cette maladie peut coexister avec les apparences de la santé, qu'elle ne se révèle pas par des signes visibles, mais au contraire difficiles à percevoir, et qu'il faut pour les découvrir, un examen prolongé, une attention soutenue, et surtout le silence le plus absolu autour de l'observateur.

Or, j'affirme que, — dans les conditions actuelles d'examen, le médecin militaire ne peut reconnaître une tuberculose à ses débuts ! Je n'incrimine ni son savoir, ni son attention ! Mais il lui faut examiner 70 ou 80 conscrits en deux ou trois heures. Encore doit-il attendre la décision des juges, souvent lents à se prononcer. Et cet examen si délicat, il doit le faire dans une salle où pénètrent les bruits du dehors, où sont entassées trente ou quarante personnes : membres du Conseil et Maires des Communes qui chuchotent entre eux, une dizaine de conscrits qui, ne comprenant pas l'importance de l'examen, se bousculent un peu et sont gourmandés par un gendarme; enfin, le service du Recrutement qui donne le signalement du conscrit examiné.

Que résulte-t-il de cette inspection superficielle opérée dans des conditions aussi défectueuses? Le médecin ne peut saisir les signes révélateurs de la tuberculose ; il accepte, comme bons, des sujets tuberculeux qui, incorporés dans l'armée, ne tarderont pas à voir leurs lésions s'aggraver et, en plus, iront contaminer leurs camarades sains.

Oui, Pères de famille, vous avez confié à l'Etat votre enfant dont la santé et la vigueur faisaient votre admiration et votre fierté, et, dans un an ou deux au plus tard, s'il a eu le malheur d'avoir, pour voisin de lit, un de ces tuberculeux non reconnus, vous le verrez revenir à vous, maigre, décharné, squelettique, en proie à la consomption et à la fièvre, victime préparée pour la tombe !

Ne laissez donc pas subsister plus longtemps un état de choses aussi dangereux ; demandez qu'on réforme au plus vite ces Conseils insuffisants, ou tout au moins qu'on leur adjoigne une Commission médicale de cinq ou six membres qui se transporteraient de bonne heure au canton, le jour de la Revision, et auraient ainsi tout le loisir d'examiner sérieusement les conscrits.

Mais surtout réclamez ces réformes au plus vite! Rappelez-vous que la tuberculose ne temporise pas, et qu'elle guette vos enfants dès leur entrée à la caserne !

Docteur Denance,
Maire de Varennes (Loiret).

Nous ne pouvons que nous associer aux critiques du Docteur Denance et nous ajouterons même que la tuberculose n'est pas la seule maladie contagieuse qu'il faudrait éviter d'introduire dans l'armée.

Quant au fonctionnement des conseils de revision, il est aussi ridicule que possible : on a peine à croire que nous en soyons encore là en 1896 !

A. G.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de la Vienne.

20 *novembre* 1895.

Présents : MM. Pouliot, *président*, Brossard, Buffet-Delmas, Chédevergne, Chretien, Dorvau, Drumez, Descubes, Granger, Guiet, Jablonski, Litardière (Arthur), Litardière (Louis), Lusseau, Maillard, Mascarel (Alfred), Malapert, Orillard, Périvier, Petit, Piorry de Saint-Georges, Piorry de Verrières, Raguit, Roland et Yvonnet.

Excusés: MM. Moreau, Desminières, Girault, Lagrange, Mesnard, Boutin et Bruneau.

Le docteur Dorvau, de Châtellerault, est élu vice-président par 16 voix sur 22 votants.

MM. Orillard et Alfred Mascarel sont désignés comme délégués, et M. le docteur Périvier est désigné comme suppléant à l'Assemblée générale de l'Union des syndicats.

Assistance médicale gratuite.

Le docteur Chretien, syndic de Poitiers, donne connaissance de deux affaires, qui ont été réglées par l'intermédiaire du Cercle de Poitiers à la satisfaction des membres du Syndicat médical des Deux-Sèvres. Dans cette occasion, les médecins de la Vienne ont donné la preuve de leurs sentiments de solidarité à leurs confrères des Deux-Sèvres, en s'engageant à ne les gêner en rien dans la lutte qu'ils ont entreprise contre l'Administration de leur département, afin d'obtenir un service d'Assistance médicale conforme à la dignité et aux intérêts du Corps médical.

Société des cantonniers.

M. le docteur Descubes demande quelle attitude on doit avoir envers la Société des cantonniers. M. le docteur Brossard lui répond que le Syndicat a décidé, dans sa séance du mois d'octobre 1894, de ne plus s'occuper de l'existence de cette Société, et de soigner les cantonniers au même tarif que les autres ouvriers.

M. le Président ajoute que, dans le cas où un ou plusieurs cantonniers refuseraient de payer les honoraires réclamés par le médecin, celui-ci devra les assigner en paiement, devant le juge de paix. De cette façon, la Société des cantonniers pourra être mise en demeure par les membres condamnés, de leur restituer les honoraires payés au médecin.

Sociétés de Secours mutuels.

M. le docteur Pouliot parle des travaux de la Commission mixte de la Ligue de la Prévoyance et de la Mutualité, et donne la parole au Secrétaire pour lire les conclusions formulées par cette Ligue, dans sa séance du 19 juillet 1895.

Ces conclusions, qui sont un acheminement vers l'entente des Sociétés de Secours Mutuels avec les Syndicats médicaux, pour une organisation conforme aux intérêts de tous, sont les suivantes :

1° Le Comité conseille aux Sociétés de réaliser d'accord avec les médecins, des économies sur le service de pharmacie et de convalescence sans nuire aux intérêts du malade en s'adressant, pour cela, autant que possible, en cas de différend, soit au Comité permanent de la Ligue, soit aux Associations médicales, soit aux Syndicats de la région ;

2° Les actuaires de la Ligue procéderont à une étude scientifique de la cotisation des mutualistes, quelle qu'en soit la quotité, et ils détermineront, en même temps que les charges de la Société, le quantum scientifique qui sera attribué au service médical Il n'est pas nécessairement proportionnel aux ressources de la Société et sera ce que le calcul donnera ;

3° Le Comité est d'avis que les Conseils d'administration veillent à ce que des personnes notoirement riches, faisant partie d'une Société, comme membres participants, soient invitées à ne pas user d'une façon permanente du service médical ou à se faire inscrire comme membres honoraires ;

4° Dans le cas où le choix est possible, la préférence sera toujours donnee aux médecins français ;

5° Les reformes dans le service médical devront être appliquées, dans les Sociétés anciennes, au fur et à mesure de la disparition des titulaires actuels, par suite de mort, de démission ou de toute autre cause.

Après la lecture de ces conclusions, plusieurs membres font observer que c'est encore bien peu de chose d'acquis, et que dans l'article 3 il serait utile que les personnes notoirement riches faisant partie d'une Société fussent invitées *à ne pas user* du service médical et à se faire inscrire comme membres honoraires.

Exercice de la pharmacie.

Au sujet de la loi sur l'exercice de la pharmacie pendante devant les Chambres, le Président fait connaître que la Commission de l'Union des Syndicats, dans sa séance du 18 juillet dernier, a décidé de soutenir, par toutes les influences qu'elle pourra mettre en œuvre, le rétablissement pur et simple de l'ancien article 11, tel qu'il a été voté en 1892 par le Sénat. Cet article 11 est ainsi conçu :

« L'exercice simultané de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, avec celle de pharmacien ou d'herboriste, est interdit, même en cas de possession des titres conférant le droit d'exercer ces professions.

Toutefois, sous les conditions de se soumettre aux lois et règlements régissant la pharmacie, à l'exception de la patente, tout médecin peut porter des médicaments à ses malades, lorsque ceux-ci demeurent à quatre kilomètres, au moins, d'une officine de pharmacien.

Il peut aussi, mais sans tenir officine, fournir chez lui des médicaments à ses malades, lorsque sa demeure est à quatre kilomètres, au moins, d'une officine de pharmacie ».

Le syndicat médical approuve cette décision à l'unanimité, et tous les membres s'engagent à agir dans ce sens auprès des députés et sénateurs du département.

REPORTAGE MÉDICAL

L'Association générale tiendra ses séances solennelles le dimanche 12 et le lundi 13.

— *Caisse des pensions de retraite.* — Nous publierons, samedi prochain, le jour, le lieu et l'heure de l'Assemblée générale de la Caisse des pensions de retraite. Nous n'en avons pas encore reçu avis, au moment de mettre sous presse. Nous supposons qu'elle aura lieu le dimanche 12 avril, vers 4 heures, 22, rue Notre-Dame de Lorette.

—*Association amicale.*— A l'Assemblée générale de l'Association de la Gironde qui a eu lieu le 10 mars, à Bordeaux, M. le Dr *Lande* a fait part, à ses confrères, de la fondation de l'Association amicale, pour l'indemnité de maladie et distribué les statuts aux membres de l'Assemblée.

MM. *Davesac* et *Lasalle* ont recommandé chaudement, l'examen des statuts de la nouvelle société, qui a déjà rendu de signalés services.

Le Bureau de l'Association amicale adresse, à ces messieurs, ses chaleureux remerciements pour leur propagande qui sûrement sera d'un heureux effet, à cause des mérites de ceux qui veulent bien la patronner.

—Boulevard des Italiens, au café Riche, des ingénieurs de la Société d'optique, et notamment le très aimable M. *Cerbelaud*, font des expériences sur les rayons *Rontgen*. Leurs projections font grande sensation sur le public attentif aux explications qu'on lui donne avec clarté. Jeudi on soumettait deux mains contenant des projectiles, des corps étran-

gers, qu'on n'avait pu retrouver et que le chirurgien va extraire, ces jours-ci, sans aucune difficulté.

On nous promet des merveilles et nous croyons qu'on tiendra cette promesse. L'attraction est grande.

Centenaire de la Société de médecine de Paris. — Le samedi 21 mars la salle des séances de la Société de médecine de Paris, 3, rue de l'Abbaye, avait pris un air de fête et de nombreux confrères s'y étaient réunis pour célébrer le centenaire de la fondation de la Société.

Après une allocution très goûtée faite par le président M. Ladreit de Lacharrière, M. le Dr Durozier a retracé l'histoire de la Société, et M. Mottet a prononcé l'éloge de Duchenne (de Boulogne), un des maîtres ayant appartenu à la Compagnie.

Une soirée musicale chez le Président de la Société a terminé la journée. Le banquet, servi au restaurant Cubat, a été présidé par M. le Dr Viger, ministre de l'agriculture, et des toasts pleins de verve et d'esprit y ont été prononcés.

Avis d'examen pour l'emploi de médecin sanitaire maritime. — Le ministre de l'intérieur a adopté le programme suivant présenté par le Comité de direction des services de l'hygiène dans sa séance du 9 mars, pour l'examen qui devra être passé, en vertu de l'article 16 du décret du 4 janvier 1896, par les candidats à l'emploi de médecin sanitaire maritime.

L'examen aura lieu dans la première quinzaine d'avril. La date de l'examen, le lieu de l'épreuve orale et la composition du Jury seront déterminés ultérieurement. Un registre d'inscription des demandes sera ouvert soit au ministère de l'intérieur, soit dans chacune des directions de la santé de Dunkerque, le Havre, Brest, Saint-Nazaire, Pauillac, Marseille, Ajaccio et d'Algérie. Ce registre sera clos le 25 mars, à 6 heures du soir.

A titre exceptionnel, les médecins embarqués, qui ne rentreraient en France que postérieurement au 25 mars seront admis à présenter jusqu'au jour de l'examen leur demande, sous réserve de justifier de la date de leur arrivée.

— *Programme d'examen des médecins sanitaires maritimes.* — L'examen comprend deux parties : une épreuve écrite éliminatrice et une épreuve orale.

L'épreuve écrite a lieu le même jour à Paris au ministère de l'intérieur, et à Marseille, Bordeaux, Nantes, le Havre, Dunkerque, sous la surveillance du directeur de la santé de ces ports. Elle comporte :

1° Une composition sur la pathologie des maladies infectieuses et contagieuses (*maladies pestilentielles et exotiques ; maladies épidémiques et endémiques*).

2° Une composition sur la législation sanitaire (*loi du 3 mars* 1822 ; *règlement du 4 janvier* 1896 ; *conférences internationales de Venise, de Dresde et de Paris*). — La loi du 3 mars 1822 sera mise à la disposition des candidats, ainsi que le règlement du 4 janvier 1896 contenant, en annexe, l'historique des conférences sanitaires internationales.

Il est accordé aux candidats une heure et demie pour la rédaction de la composition de pathologie, et une heure pour la rédaction de la composition de législation.

L'épreuve orale comprend :

1° Une interrogation sur la pathologie des maladies infectieuses et sur la législation sanitaire.

2° Une épreuve pratique de bactériologie (coloration et diagnostic des principaux microbes pathogènes).

3° Une epreuve pratique de désinfection (préparation et usage des liquides antiseptiques ordinairement employés ; stérilisation avec les appareils usités dans les laboratoires et sur les navires).

Il est accordé aux candidats une demi-heure pour chacune des deux épreuves pratiques.

Médecins de la réserve et de la territoriale en 1896. — Par décision ministérielle, en date du 20 mars 1896, l'appel des médecins de la réserve et de l'armée territoriale aura lieu en 1896, dans les conditions suivantes :

Réserve. — 223 médecins seront convoqués, savoir : 5 médecins-majors de deuxième classe ; 40 médecins aides-majors de première classe, et 178 médecins aides-majors de deuxième classe.

Armée territoriale. — 360 médecins seront convoqués, savoir : 50 médecins-majors de deuxième classe ; 156 médecins aides-majors de première classe ; 154 médecins aides-majors de deuxième classe.

Les médecins de réserve et de l'armée territoriale sont convoqués par le directeur du service de santé et sur le territoire du corps d'armée au gouvernement militaire dont ils relèvent par leur affectation.

Toutefois, les médecins affectés à l'Algérie, à la Tunisie ou à la Corse, et résidant en France, seront convoqués, après entente entre les généraux commandants de corps d'armée intéressés, dans la région de corps d'armée où ils ont fixé leur domicile.

C'est au directeur du service de santé qui a établi les ordres de convocation que les médecins de réserve et de l'armée territoriale devront adresser les demandes qu'ils pourraient formuler en vue d'obtenir soit une dispense, un sursis, un devancement d'appel ou un changement de destination, soit une autorisation de stage sans solde.

— *La bâtisse des médecins.* — Un médecin de San Francisco vient de construire une maison considérable destinée à n'abriter que des médecins, des dentistes, des pédicures, des pharmaciens ; etc... Ce bazar d'un nouveau genre se peuple rapidement, paraît-il : onze médecins, un dentiste et un pharmacien sont déjà installés dans cet original immeuble !!!

—*Les bateaux sanatoria.* — La « Société du Lloyd autrichien », adoptant à peu près l'idée émise depuis plusieurs années par M. Motschoutkovsky, vient d'entreprendre la construction d'un navire de gros tonnage destiné aux malades qui recherchent un air pur et un climat favorable. Corfou, Alexandrie, Palerme, Messine, Naples, Tunis, Malte sont déjà désignés comme points de séjour.

— *Concours de la Société Française d'Hygiène.* — La Société française d'Hygiène vient de faire connaître les noms des lauréats de son concours de 1895, ouvert sur cette question : « Influence du logement sur la santé des habitants des petites villes et des communes rurales. » M. G. Baudran, de Beauvais, a obtenu le prix du Président de la République, M. le Dr Luigi Gasparini de Gazzaniga (Italie) la médaille d'argent, et M. Guillemard, instituteur à Nantoux (Côte-d'Or), la médaille de bronze.

La question mise au concours pour l'année 1896 sera : « Le Rôle de l'Hygiène au XX° siècle, par l'Instruction et l'Education des masses. »

Les mémoires, qui ne devront pas dépasser trente-six pages in-8°, seront remis dans la forme académique, avant le 1er décembre 1896, au Siège de la Société, 30, rue du Dragon, Paris.

Les récompenses seront : une médaille d'or, deux médailles d'argent, et trois médailles de bronze.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4.082. — M. le docteur Pochelu, à Aldudes (Basses-Pyrénées), présenté par M. le Directeur.

N° 4.083. — M. le docteur Lacroix, de Paris, présenté par M. le Directeur.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Clément, de Dampierre-sur-Salon (Haute-Saône), membre du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clérmont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 15 11 Avril 1896

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Les conflits relatifs à l'Assistance médicale gratuite.

Nous avons sous les yeux le texte des projets de règlements départementaux, votés par le Conseil supérieur de l'Assistance publique, en 1895, en vue de l'exécution de la loi sur l'Assistance médicale, soit par le système landais, devenu plus tard vosgien, soit par le système des circonscriptions.

Les procès-verbaux des séances de ce conseil prouvent qu'un large esprit de prévoyance et de justice a présidé à la discussion d'où devaient sortir des types de contrats à établir entre les médecins et les pouvoirs départementaux.

Si quelques défiances injustifiées, à notre égard, se sont rarement et timidement produites, en cette circonstance, elles n'ont pas trouvé d'écho: bien plus, elles serviront de prétexte à de chauds plaidoyers en faveur des intérêts et de la haute moralité du corps médical.

Comment se fait-il donc que tant de conflits aient été signalés dans l'application de ces instructions, fournies par des hommes vraiment éclairés et compétents ?

Nous n'hésitons pas à croire que cela tient à ce que, ni les conseils généraux, ni les syndicats médicaux ou les Sociétés locales, c'est-à-dire les parties intéressées, n'ont été mis en possession de ces documents, où se réflétaient l'esprit de la loi et les vues du gouvernement.

La lecture des deux projets, que nous reproduisons plus loin, en fournira la preuve.

Quoi qu'il en soit, signalons dès maintenant les points de ces instructions qui nous paraissent avoir été trop laissés dans l'ombre.

1° La commission prévue à l'article 16 de chaque système, et formée en majorité par les docteurs *élus*, a une mission déjà fort importante et fort lourde en ce qui touche la vérification et la répartition des honoraires. Mais, dans le système vosgien, il lui appartient de plus d'assurer l'application de l'article 2, c'est-à-dire de *demander l'exclusion des médecins, pharmaciens ou sages-femmes*, qui se seraient rendus coupables de *graves négligences, ou d'abus évidents, de quelque nature qu'ils soient.*

De la sorte, les indignes, s'il s'en trouvait parmi nous, seraient frappés par leurs pairs, et non par l'arbitraire d'une administration peut-être suspecte de partialité ou d'incompétence.

Le conseil de l'assistance publique a clairement indiqué, lors de la discussion, que cette commission devenait un véritable Conseil de discipline, analogue, a-t-il dit, au Conseil de surveillance des hôpitaux.

C'est là un fait important à retenir au moment de la constitution des commissions, qui font encore défaut en plusieurs départements.

2° En matière d'honoraires, le principe de l'abonnement a été écarté, parce qu'il pouvait donner lieu à des abus d'hospitalisation.

Les articles 18 et 19 donnent entière satisfaction aux médecins, si surtout l'indemnité kilométrique est fixée à 0,50 centimes par kilomètre parcouru, chiffre souhaité par les auteurs des projets, et si le tarif des opérations et des interventions obstétricales est sagement établi par la commission médicale élue à l'effet de nous représenter près de l'administration.

3° C'est à cette commission départementale que doivent s'adresser les confrères qui se considèrent comme lésés dans tel ou tel de leurs intérêts. Si les syndicats savent se faire représenter dans son sein, nul doute qu'il n'en résulte le plus grand bien.

4° En cas de difficultés avec le Conseil général ou le préfet, les délégués des médecins sauront qu'ils ont de leur côté l'opinion du gouvernement, s'ils se tiennent dans les idées générales du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Voilà pourquoi il nous a paru utile de publier ces textes.

LA SEMAINE MÉDICALE

Dangers de la ponction hypogastrique de la vessie.

Aujourd'hui, depuis que l'antisepsie a permis des hardiesses qu'on n'avait pas autrefois, beaucoup de téméraires ont osé et osent encore pratiquer, fréquemment, des ponctions vésicales hypogastriques, dès qu'ils constatent une rétention d'urine et que le cathétérisme est impossible. M. le Dr *Cadiot*, de Lyon, est d'avis qu'il y a là un abus regrettable et il le combat dans une récente thèse.

Autrefois, quand on se risquait à employer la ponction vésicale, on avait recours à un gros trocart, dont on laissait la canule à demeure. Or, à cette ponction sus-pubienne avec gros trocart, on a substitué « les ponctions répétées avec les aiguilles capillaires des nouveaux appareils aspirateurs. Ce procédé souvent préférable à l'ancien constituait dans nombre de cas un véritable progrès (thèse de Watelet, Paris, 1871). L'aspiration a complètement détrôné les procédés employés autrefois. Leurs inconvénients, leurs dangers sont du reste admis par tout le monde.

« Les ponctions capillaires doivent, cependant, elles aussi être rejetées. Nous avons dans la littérature chirurgicale recueilli 16 observations d'accidents graves, imputables à ce mode de traitement. C'est en nous appuyant sur les complications post-opératoires, que nous posons nos conclusions. Le nombre de nos observations, nous tenons à le faire remarquer, n'est pas considérable ; mais il ne saurait répondre à la réalité des faits, car nous avons la conviction que le plus grand nombre n'est pas publié.

« Les ponctions capillaires doivent être proscrites, parce qu'elles constituent des manœuvres aveugles, souvent dangereuses. Elles exposent à la blessure du péritoine et surtout à des complications infectieuses dont le lieu d'élection est le tissu cellulaire prévésical. L'urine peut sourdre à travers le pertuis vésical laissé par le trocart capillaire ou bien l'infection peut se produire par ce fait, que l'aiguille qui s'est souillée dans la vessie s'essuie dans le tissu cellulaire quand on la retire. Nous admettons donc, avec M. Poncet, la ponction capillaire comme opération d'urgence, quand il n'est pas possible de faire mieux.

« Mais s'il faut la répéter, on préférera la cystostomie sus-pubienne, dont la ponction ne doit être, en quelque sorte, suivant la remarque de M. Poncet, que le premier temps.

« La cystostomie, dont la bénignité doit être considérée comme complète, ne soulève aucune des objections des ponctions, et son principal mérite est de mettre précisément à l'abri de leurs dangers. C'est une opération dont les temps sont bien réglés, qu'elle soit temporaire ou permanente. Elle fait disparaître complètement les accidents de rétention sans autre manœuvre, chez des vieillards le plus souvent prostatiques et qui sont des *noli me tangere*. Enfin non seulement elle triomphe des troubles mécaniques, mais seule, elle permet souvent de lutter contre les accidents infectieux dont la gravité est bien connue.

La cystostomie sus-pubienne doit donc être, en raison de leurs dangers, substituée aux ponctions vésicales, lorsque, chez les rétentionnistes, le cathétérisme est impossible. »

Le phonendoscope

Le Dr *Bianchi*, de Parme, vient d'imaginer un stéthoscope amplificateur, auquel il a donné le nom de phonendoscope et qui paraît appelé à un brillant avenir.

Le phonendoscope est constitué par une petite capsule métallique et plate d'environ 6 centimètres de diamètre et de 2 centimètres d'épaisseur; sa cavité est mise en communication avec les oreilles par des tubes en caoutchouc B, B', B", B'" dont on peut multiplier le nombre, de façon à permettre à plusieurs personnes d'assister à la même recherche et de se contrôler mutuellement. La capsule est fermée par une mince lame d'ébonite au centre de laquelle est fixée une petite tige dont l'extrémité se termine par un petit bouton A. Le plus souvent, cette tige au lieu d'être montée directement sur cette membrane, est vissée sur une seconde plaque d'ébonite qui recouvre et protège la première.

Pour se servir de cet appareil on commence par mettre dans les conduits auditifs les tubes de transmission, puis, tenant le Phonendoscope par la partie métallique, on applique le bouton de la tige sur la peau de l'individu à examiner dans une région où l'on sait que l'organe cherché se trouve en contiguïté avec la paroi.

L'appareil étant en place et déprimant un peu la paroi, avec un doigt de la main libre et en appuyant légèrement, on frotte la peau tout autour de la tige comme si l'on voulait chasser loin de l'appareil un petit tas de poudre qui se trouverait formé près de lui. *Tant que le doigt qui frotte se trouve dans les limites de la projection de l'organe sur la paroi, on entend dans le Phonendoscope de fortes vibrations*, mais ces vibrations diminuent d'intensité d'une façon très nette, dès que l'on a dépassé les limites de l'organe exploré.

On peut facilement marquer d'un trait l'endroit où les vibrations changent d'intensité, aussi en répétant ces frictions tout autour du stéthoscope, on circonscrit une région qui correspond à l'organe exploré, même dans ses parties recouvertes par les viscères.

Bien évidemment on n'arrivera pas du premier coup à ce résultat. *Il faut apprendre à phonendoscoper comme à ausculter.*

Toute solution de continuité dans un même organe ou même tout changement de consistance de ses parties fait varier l'intensité des vibrations. Aussi la Phonendoscopie permet non seulement de trouver les contours de chaque poumon, mais encore la position des scissures interlobaires et leur direction. On aura donc, pour le poumon droit, la projection des trois lobes superposés.

Aucun organe en contact avec la paroi n'échappe à cet examen. *Cela ne peut arriver que s'il n'est pas par un de ses points en contact avec la paroi* ; car, dans ce cas, aucun point de cet organe ne peut être mis en relation directe à travers la peau avec le Phonendoscope. Le cas peut se présenter pour le cœur, chez les emphysémateux, quand les poumons envahissent toute la paroi antérieure du thorax et en écartent le cœur.

Le Phonendoscope pourrait encore servir pour *la recherche d'une fracture.*

Placé sur l'une des extrémités d'un os, il percevra les vibrations provoquées par la friction de la peau dans la région où se trouve cet os, mais ces vibrations ne seront plus transmises, dès que l'on franchira le trait de fracture dont on pourra trouver ainsi l'emplacement et la direction.

Si, au contraire, il y a suture entre deux os, les vibrations se transmettront intégralement d'un os à l'autre et décèleront ainsi l'existence de l'adhérence.

Enfin tout muscle peut être suivi et dessiné sur la peau, ainsi que toute tumeur ou collection liquide.

Voilà certes un précieux appareil que l'on peut ranger comme utilité pour le médecin à côté des procédés nouveaux de photographie de l'invisible que M. Röntgen nous a fait connaître cette année.

CHIRURGIE PRATIQUE

Indications et manuel opératoire de la cure radicale de la hernie inguinale.

La cure radicale des hernies, proscrite après Dupuytren, peut être considérée comme une des plus belles conquêtes de la chirurgie contemporaine, grâce au perfectionnement du manuel opératoire et à l'innocuité de l'intervention aseptique. La fréquence des hernies et l'infirmité si gênante qu'elles constituent, ont multiplié aussi les tentatives. On prétend qu'il y a eu exagération et que la génération actuelle est trop portée à opérer. Ce qui est certain, c'est que les statistiques sont favorables à la cure radicale ; toutefois il existe des indications et des contre-indications que le professeur Duplay a résumées dans une récente leçon clinique.

Nous nous occuperons de la hernie inguinale en particulier quoique ce qui va suivre soit applicable à presque toutes les variétés de hernie.

Dans l'étranglement herniaire, la cure radicale est le complément nécessaire de l'intervention. Si nous supposons une hernie inguinale non étranglée, quelles sont les raisons qui justifieront l'intervention ? Pour M. Duplay, il faut diviser les hernies non étranglées en hernies irréductibles et en hernies réductibles.

Les hernies irréductibles, quel que soit le contenu du sac, offrent d'une part un danger permanent d'étranglement et provoquent d'autre part, des troubles variés, plus ou moins graves du côté de l'appareil digestif, ainsi que des phénomènes douloureux empêchant tout travail pénible. L'irréductibilité est donc une indication absolue de la cure radicale.

Parmi les hernies réductibles il faut opérer, 1° celles qui sont devenues *incoercibles* soit par leur volume exagéré, soit par suite de l'élargissement considérable de l'anneau.

2° Les *hernies congénitales avec ectopie testiculaire* inguinale, qui sont ou rapidement incoercibles, ou si sensibles que le bandage ne peut être appliqué. Leur étranglement est d'ailleurs fréquent.

3° *L's Hernies douloureuses*, quoique petites, réductibles, coercibles par un bandage.

4° Les hernies pour lesquelles l'opération est réclamée par le malade lui-même, pour des raisons que le médecin devra recueillir, et peser. Chez un ouvrier astreint à des travaux de force, la cure radicale est justifiée. Elle ne l'est pas moins, pour le professeur Duplay, dans les cas où un malade la réclamera simplement pour des raisons de coquetterie ou de convenance personnelle, à la condition toutefois que l'on ait le soin de lui expliquer à quels risques exposent toujours une intervention chirurgicale et la chloroformisation.

Les contre-indications ne sont pas nombreuses, mais elles sont très importantes à retenir. On les tire de l'état général du sujet, de son âge, de la valeur de ses tissus, du volume trop considérable de sa tumeur herniaire.

C'est ainsi qu'on s'abstiendra chez les diabétiques, les albuminuriques, les phtisiques avancés, les cardiaques, ainsi que chez les malades atteints d'une maladie des voies respiratoires ou des voies urinaires, à cause des efforts violents que ces deux derniers genres d'affections occasionnent. On n'opérera pas les vieillards ; chez les enfants la guérison spontanée est la règle, après le port d'un bandage. On se gardera bien d'intervenir chez les individus à la paroi abdominale flasque, porteurs de varices et d'hémorrhoïdes, chez lesquels, en un mot, les tissus sont de mauvaise qualité et les organes mal suspendus créent un état que Tuffier a désigné sous le nom de pantoptose.

Ces considérations indiquent nettement les cas dans lesquels on est autorisé à proposer ou à accepter la cure radicale. Il nous reste à exposer le modus faciendi dans la hernie inguinale, en résumant le travail si complet du Dr Paul Blaise qui a décrit, dans sa thèse inaugurale, le procédé le plus connu, celui du professeur Paul Berger.

Comme dans toutes les opérations chirurgicales le malade supposé dans les conditions favorables que nous avons vues, sera préparé avant l'opération. L'avant-veille ou la veille, il est purgé et baigné. Le champ opératoire est préparé aussi, quelques heures à l'avance ; la région inguino-pubienne est rasée, savonnée, brossée, lavée à l'alcool ou à l'éther, puis recouverte d'un pansement humide antiseptique, représenté par des compresses bouillies et imbibées d'une solution de sublimé au millième, protégées elles-mêmes par une enveloppe imperméable et fixées par des bandes.

L'opérateur doit avoir un ou deux bistouris, une paire de ciseaux, des pinces hémostatiques, des écarteurs, une aiguille de Reverdin, et une longue aiguille courbe mousse à chas fixe comme l'aiguille de Cooper ou à chas mobile comme celle de Lucas-Championnière. Il est essentiel d'avoir des aiguilles à sutures fixes, dans le cas où on serait obligé de suturer l'intestin ou la vessie ouverts par mégarde.

Comme fils, de la soie plate, n° 4 pour les points profonds, le n° 2 pour les autres ; enfin de crins de Florence pour les sutures de la peau. Il faut avoir des éponges, ou de préférence des tampons d'ouate, enveloppés de tarlatane.

Comme objets de pansement de la poudre antiseptique, salol ou iodoforme, des bandes de gaze salolée, de l'ouate hydrophile, de l'ouate ordinaire, une large pièce de Mackintosch, et quelques bandes de tarlatane roulée et larges de 18 centimètres.

Un aide et un chloroformisateur suffisent à l'opérateur, qui supprimera, dans la plus large mesure possible, les intermédiaires, en mettant à sa portée, ou à celle de son aide immédiat, les divers plateaux où seront placés, dans un liquide antiseptique les, instruments et les tampons rendus aseptiques par les méthodes ordinaires.

La chloroformisation doit être aussi parfaite que possible, pour donner une résolution complète, qui sera maintenue pendant le pansement dont l'importance est considérable.

Le malade endormi, le pansement préservatif enlevé, on nettoie comme la veille la région, on l'environne de compresses aseptiques, isolant avec soin les organes génitaux et ne laissant strictement à découvert que le champ opératoire.

Dans un premier temps, on incise la peau, sur la hernie, au niveau du trajet inguinal, mais un peu plus verticalement que lui, sans aller jusqu'aux bourses ou à la grande lèvre. Cette incision a environ 6 ou 7 centimètres ; dans tous les cas elle doit nettement dégager l'orifice inguinal supérieur. Les parties molles incisées jusque sur l'aponévrose du grand oblique, il est indispensable de faire l'hémostase des vaisseaux superficiels, en les liant aussitôt et avec soin, pour que la plaie soit absolument sèche quand on ouvrira le sac.

On va alors, dans un 2e temps, à la recherche des piliers qui limitent l'orifice superficiel du canal.

La sonde cannelée s'insinue dans le sens du trajet inguinal, derrière la paroi antérieure du canal, et on incise avec le bistouri ; qui suit la cannelure de la sonde sur une hauteur de 4 à 5 centimètres de manière à mettre à découvert l'orifice inguinal profond et le pédicule de la hernie. Il est indispensable, pour s'y reconnaître, de saisir avec des pinces hémostatiques les deux bords de la paroi incisée. Il est inutile de couper le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse, qui recouvrent le pédicule de la hernie ; il suffit de les récliner en haut à l'aide d'un écarteur.

Dans un quatrième temps, on ouvre le sac.

Cette ouverture ne doit pas être faite d'un seul coup, mais avec prudence. On saisit la paroi avec une pince à disséquer sur une mince portion et on incise le petit pli ainsi formé en dédolant. On va ainsi couche par couche jusqu'au sac séreux que l'on ouvre de la même façon.

Il s'écoule alors, le plus souvent, un peu de sérosité.

On prolonge l'ouverture du sac vers le collet.

On trouve dans le sac une anse intestinale avec ou sans épiploon. Plus rarement la trompe, l'ovaire, la vessie, etc.

Comment faut-il traiter le contenu du sac ? Il faut réduire l'intestin, ce qui est facile quand il n'y a pas d'adhérences, ni un collet étroit. Les adhérences de l'intestin ne sont pas fréquentes ; on sera quelquefois obligé de les disséquer ; de même que dans le cas de collet étroit, il faudra sectionner l'orifice ; mais nous n'insistons pas sur les difficultés variables que l'on pourra rencontrer, voulant tracer ici avant tout, la conduite générale de l'opération dans un cas simple. On doit réséquer l'épiploon, avant de le réduire. Il faut pour cela, l'isoler et attirer légèrement au dehors plus que le sac n'en contenait ; on l'étale alors pour voir si son volume nécessite une ou plusieurs ligatures.

Si une seule suffit, on traverse sa base avec l'aiguille mousse armée d'un fil de soie dont le milieu répond au chas ; on coupe le fil et on retire l'aiguille ; on lie alors la moitié droite du pédicule avec le fil droit, et la moitié gauche avec le fil gauche. Cette ligature constitue un des temps les plus délicats ; il faut serrer à fond, car l'épiploon sectionné au-dessous de la ligature rentre dans l'abdomen et si un vaisseau mal comprimé continue à donner, le malade peut mourir d'hémorrhagie. Il est donc indispensable de vérifier l'hémostase du moignon après la résection de l'épiploon hernié.

L'opérateur se trouve alors en présence de la difficulté la plus importante : c'est la dissection du sac. M. Berger ne se sert que de la pince à disséquer et des doigts. « L'index de « la main gauche est introduit dans l'intérieur « du sac et sert à en soulever les bords, en même « temps qu'il s'oppose à l'issue éventuelle de « l'intestin ; le pouce et les doigts saisissent la « lèvre droite par laquelle va commencer la dis« section. Celle-ci étant ainsi fixée solidement la « main droite à l'aide des doigts ou d'une pince « cherche, en exerçant des tractions plus ou « moins énergiques, à isoler le sac séreux. Quand « toute la moitié droite de la périphérie du sac « est isolée sur une hauteur de quelques centi« mètres, la main droite remplace la main gau« che, saisit le bord gauche du sac, l'index dans « l'intérieur, tandis que la main gauche exécute « sur la moitié gauche de celui-ci le même tra« vail que faisait tout à l'heure la main droite « sur la moitié droite. — Il faut commencer, la « dissection non sur un point quelconque du sac ; « mais très haut, tout contre l'orifice inguinal « profond. — Il faut agir prudemment au niveau « du cordon afin d'éviter la rupture d'une veine « ou la blessure du canal déférent. — La dissec« tion est bien faite, quand la portion du sac sé« reux isolé, ne présente partout que l'épaisseur « d'un mince feuillet péritonéal. — Il est indis« pensable, quand la dissection paraît suffisante, « de faire la révision de la portion disséquée, en « regardant par transparence, afin d'être bien « certain qu'il ne reste pas quelques tractus, quel« ques veines oubliées sur le sac. »

Le sac est donc disséqué dans sa partie supérieure ; on le saisit en travers avec une pince longuette et on le sectionne au-dessous de celle-ci. Le sac est ainsi divisé en deux portions : une inférieure non disséquée, une supérieure libre, qu'il faut fermer et fixer à la paroi. Avant de fermer le sac, il est indispensable de pousser sa dissection le plus haut possible ; dans ce but on tire sur le pédicule tandis que l'ongle de l'index de la main libre décolle le sac séreux des parties périphériques et surtout du cordon.

Pour fermer le sac, on traverse la base du pédicule bien au dessus du collet avec une aiguille mousse armée d'un long fil de soie et guidée par l'index. On procède, pour lier, comme nous l'avons dit plus haut pour l'épiploon.

Gardant alors en main deux chefs des fils de la ligature, on sectionne le sac immédiatement au dessous de celle-ci, et on procède à la manœuvre de Barker.

Celle-ci a pour but de fixer le pédicule à la « paroi abdominable. Pour l'effectuer on charge « l'aiguille de Cooper d'un des chefs du fil qui « lie le pédicule. L'index gauche est introduit « derrière la paroi abdominale entre le péritoine « pariétal qu'il décolle un peu et la face profonde « du transverse ; il remonte à quelques centi- « mètres au dessus de l'anneau profond. L'ai- « guille courbe est glissée, le manche élevé, le « long du doigt guide, puis abaissant le man- « che, on fait saillir le bec qui perfore la paroi « d'arrière en avant. Le 1er chef est passé; on agit « de même pour le second en le portant à une « certaine distance en dehors du précédent en « sorte qu'après les avoir noués, non seulement « on a fixé le pédicule séreux à la paroi au « dessus de l'anneau profond mais encore on a « rétréci la portion de paroi qui surmonte cet « anneau ».

Quant à la portion inférieure du sac, on la dissèque, sans qu'il soit nécessaire d'avoir les mêmes précautions, sauf au niveau du cordon. On résèque tout ce qu'on peut isoler et on abandonne le reste.

Il faut reconstituer alors le canal inguinal, ses parois et ses orifices.

La restauration de la paroi postérieure est la plus délicate ; on l'accomplit suivant le procédé de Bassini. — On porte le cordon en dehors de la pince qui tient la lèvre externe de la paroi antérieure incisée. On a alors sous les yeux la paroi postérieure plus ou moins diminuée d'étendue par l'intestin hernié, plus ou moins affaiblie. Pour la reconstituer, la renforcer, il suffit de rapprocher la lèvre inféro-externe de l'orifice inguinal profond, du tendon conjoint formé par les fibres tendineuses inférieures des muscles petit oblique et transverse réunies ensemble ; ce tendon va s'insérer sur le bord supérieur du pubis et sur la crête péctinéale sur une étendue moyenne de 27 millimètres en dehors de l'épine du pubis. Pour accomplir la manœuvre « de Bassini « l'index gauche va, par l'orifice « inguinal profond, accrocher la lèvre postérieu- « re de l'arcade crurale. Cette lèvre répond à la « bandelette iléo-pubienne. L'aiguille mousse et « courbe, non armée de fil, maniée de la main « droite embroche les fibres que soulève l'index « gauche. Il est capital que la pointe mousse de « l'aiguille n'abandonne pas l'extrémité du doigt « indicateur pour éviter les vaisseaux iliaques « externes. L'arcade ou une portion de l'arcade « chargée, la main gauche armée d'une pince à « disséquer se porte en dedans vers le bord du « muscle grand droit et saisit le tendon con- « joint ; elle attire le tout en dehors à la rencon- « tre du bec de l'aiguille mousse, qui embroche « tous ces tissus d'arrière en avant. On passe « alors un fil de soie solide, gros, dans l'aiguille « qu'on retire ensuite ; on noue les deux chefs « et le premier point de suture est ainsi posé. « Ce premier point sera placé haut, d'autant plus « que l'orifice inguinal profond est plus élargi ; il « ferme en bas et rétrécit l'orifice ; il est immé- « diatement au-dessous du cordon qui se réflé- « chira sur lui. Les autres points se font de la « même façon à une distance de 6 à 8 millimètres. « Il faut renoncer pour ces points-là à la suture « en surjet, car si un point suppure, tout n'est « pas compromis.

« Quand la restauration est achevée on a « devant les yeux un plan parfaitement tendu. « L'orifice inguinal profond est rétréci et tout « juste suffisant pour laisser passer le cordon. »

Pour restaurer la paroi antérieure du canal, il suffit d'unir par des points séparés à la soie plus mince, les lèvres de la section qu'on y a pratiquée, au début et que l'on a fixées avec des pinces. Les points placés à 5 ou 6 mm. de distance les uns des autres seront séparés ; il faut avoir soin de faire passer l'aiguille loin de la surface de section pour faire au besoin, en liant les fils, chevaucher les lambeaux, ainsi que le fait M. Championnière. Il ne faut laisser, à l'orifice superficiel du canal inguinal, que l'ouverture suffisante au passage du cordon.

La réunion de la peau se fait au crin de Florence après une hémostase sérieuse des parties molles.

Le pansement est très important. Il doit comprimer la plaie, servir pour ainsi dire de bandage de soutien à la cicatrice.

Après avoir saupoudré la suture avec de la poudre au salol, et l'avoir recouverte de gaze salolée, on place une ou deux compresses aseptiques, pliées en plusieurs doubles, pour servir de coussin de compression. On met ensuite largement de l'ouate hydrophile, et au-dessus faisant le tour du corps de l'ouate ordinaire plus élastique. Le tout est maintenu par un double spica des deux aines fait avec des bandes de tarlatane larges de 18 centimètres et légèrement humides.

Sauf complications, le premier pansement est fait le 10e jour. On enlève les crins et on préserve la cicatrice par une légère couche de ouate collodionnée.

On laissera le malade garder le lit un mois. Quand il se lèvera, il sera utile de lui recommander d'éviter le plus longtemps possible les efforts violents, la constipation, les refroidissements, etc.

Quant au port d'un bandage, il dépendra complètement de la hernie que l'on a opérée. M. Berger n'en fait pas porter. M. Duplay dit que « s'il s'agit d'une petite hernie avec un « anneau étroit, il suffira de conseiller au malade « le port d'un bandage deux ou trois mois tout « au plus, par excès de prudence. Dans d'autres « circonstances, avec un anneau large, chez les « sujets à paroi faible et exposés à de violents « efforts répétés, il vaudra mieux, pour éviter « une récidive, conseiller le port d'un bandage. »

A. Pascal,
Int. des hôp. de Paris.

REVUE D'HYGIÈNE

Le Bulletin de mars de la Société de médecine publique contient des relations intéressantes.

Urinoirs à huile. Les urinoirs de Paris dépensent au moins dix mille mètres cubes d'eau par jour. On a réussi à remplacer ce coûteux lavage par une couche d'une huile, d'un corps gras quelconque, dont on enduit les parois, après les avoir préalablement décapées avec une solution de 150 à 200 grammes d'acide chlorhydrique ou sulfurique par litre d'eau. L'urine glisse sur les surfaces luisantes ; l'odeur disparaît et la dépense est insignifiante, si on graisse une ou

deux fois par semaine. La ville de Paris fait, en ce moment, une expérience avec un siphon spécial d'un ingénieur autrichien. Il a 10 c. c. de diamètre, un réservoir extérieur, surmonté d'une couche d'huile qui surnage sur l'urine. On n'emploie, pour le graissage que des huiles minérales, provenant de la distillation du pétrole, qui portent le nom de *Masut* et *huile de Galicie*, additionnées d'huile de houille. L'odeur n'est pas désagréable. Les urinoirs restent propres et ne dégagent aucune odeur.

Nous estimons que nos confrères des localités, qui ont des urinoirs avec ou sans débit d'eau pourraient conseiller, aux municipalités, le graissage avec les huiles minérales.

M. *Napias* réclame l'introduction dans la loi sur le *travail des femmes*, du repos de 4 à 6 semaines, avant et après l'accouchement, avec ou sans salaire. Dans la Haute-Saône des industriels ont inauguré cette pratique humanitaire, avec salaire.

M. *Dubrisay* constate le progrès accompli par les fabricants d'ustensiles de ménage, couverts, biberons, vases à boire. Sous la pression de l'administration, ils ont, à peu près tous, remplacé les alliages d'étain et de plomb, par un alliage inoffensif contenant 85 d'étain et 15 de régule d'antimoine, qui donne un métal brillant, sonore, solide et léger, qu'ils ont appelé *métal ferré, aciéré*. Les fabricants de conserve ont remplacé le mastic contenant du plomb par un nouveau caoutchouc ou mastic, qui n'en renferme plus trace.

Cellules d'isolement. M. *Bélouet*, architecte de l'assistance publique vient de construire aux *Enfants-Malades*, des chambres d'isolement en fer, brique, ciment et verre. Les cellules, très gaies, permettent aux enfants de se voir, à travers les cloisons vitrées, donnant sur un couloir qui conduit aux divers services ; elles sont parfaitement disposées pour être aseptisées, chauffées, ventilées, surveillées et, ce qui est à apprécier, elles ne coûtent que 2.600 fr. par lit. C'est la première fois qu'un architecte est arrivé à semblable résultat. en remplissant le programme imposé par M. Roux : matériaux imperméables, permettant lavage et désinfection après le départ de chaque occupant.

La ville de Paris, sous la direction de M. *Bélouet*, fait construire, à *Angicourt*, un *sanatorium pour Tuberculeux*. — Des retards ont fait que la ville de Francfort a précédé celle de Paris ; car elle vient d'inaugurer un établissement de 75 lits, qui a coûté 325 mille francs : soit 4.333 fr. par lit. — Le sanatorium d'Angicourt est en construction et s'inspirera de l'expérience de Hambourg.

M. *Laveran* fait une étude de l'emploi primitif de la quinine contre le paludisme. Si, à Madagascar, ce remède n'a pas donné plus de résultats, c'est que les doses employées n'étaient pas assez élevées ; néanmoins, elles ont évité de plus grands désastres. On doit administrer le sulfate de quinine, aux repas, à la dose quotidienne de 20 à 30 centigr. ; ou tous les deux jours de 40 à 60 centigr., dans du vin de préférence, ou en cachets.

Epuration d'eau de Seine, pour la banlieue. Celle-ci contient 700 mille habitants ; moyennant une élévation de 1 centime par mètre cube, l'eau de Seine sera puisée en amont de Paris, brassée avec du fer divisé en parcelles, aérée par cascatelles, filtrée sur une épaisse couche de sable et, dit-on, à ce moment elle serait parfaitement limpide et ne contiendrait pas plus de bactéries que celles de la Vanne et de la Duys. Si le fait est exact, ce sera la fin de ce fait monstrueux : les habitants de Saint-Ouen buvant l'eau de Seine puisée, en aval, à moins de 2 kilomètres du grand collecteur et des 3 égouts de Clichy-la-Garenne ! !

CLINIQUE OTOLOGIQUE

Curabilité et traitement de l'otorrhée.

Dans la pluralité des cas, le vulgaire écoulement d'oreille est une suppuration chronique de l'oreille moyenne, se faisant jour au travers d'une perforation plus ou moins large de la membrane du tympan.

On ne doit pas oublier que l'oreille moyenne fait partie du rocher et par conséquent du crâne et qu'en cette qualité, elle est voisine d'organes importants, comme le golfe de la jugulaire, la carotide interne, le facial qui chemine dans ses parois même, le cerveau et les méninges qui ne sont séparés de son toit que par une mince lamelle osseuse, parfois déhiscente, souvent cariée. Du fait même de ces rapports, c'est une grave affection, qui souvent se complique de paralysie faciale, de troubles cérébraux, de méningite surtout..... et trop nombreux sont les enfants qui, à l'exemple du petit roi François II, succombent aux suites d'un écoulement d'oreille, considéré presque comme banal, jadis, par des praticiens peu versés dans l'otologie.

Pour traiter rationnellement une affection chronique, il faut remonter aux causes qui l'entretiennent et c'est de cette connaissance que découlent les indications thérapeutiques les plus sûres.

Pourquoi l'otite suppurée passe-t-elle à l'état chronique ; pourquoi ne guérit-elle pas ? Un rôle important dans cette étiologie appartient à l'état général : souvent le malade est un déprimé, un tuberculeux, plus souvent encore un syphilitique, et il faut toujours penser à cette diathèse en présence d'une otorrhée ancienne, surtout si elle date de l'enfance.

Puis, viennent les infections secondaires, soit qu'elles partent du pharynx et soient entretenues par des végétations adénoïdes, soit qu'elles se fassent par le conduit et que l'on doive incriminer les staphylocoques apportés constamment par le coton malpropre qui obture le méat ou par les objets de pansement, l'ouate surtout, apparemment propres, mais microscopiquement chargés de staphylocoques, comme l'ont montré Helme et Lermoyez.

Non moins communes, sont la rétention du pus et la présence de polypes et végétations dans l'oreille moyenne. Le pus de la caisse peut y être retenu par différents mécanismes ; si les injections sont mal faites, si le pus est épais et concrété en grumeaux, si la perforation est obstruée par des végétations, si enfin la suppuration siège dans cette partie supérieure de l'o-

reille moyenne, inaccessible à l'œil et aux lavages ordinaires, nommée attique ou logette des osselets.

Nous savons que souvent les cellules de l'apophyse mastoïde suppurent avec la caisse du tympan. Vu l'étendue de la muqueuse qui les tapisse cette suppuration est abondante, elle se vide dans la caisse, mais difficilement, l'orifice de communication étant très élevé. Aussi, souvent l'otorrhée sera entretenue par une mastoïdite plus ou moins latente. Souvent enfin, la suppuration sera le fait d'une carie des osselets (enclume et marteau) et des parois de la caisse, d'où la gravité et la ténacité de ces cas, où la logette des osselets est prise.

Le traitement de l'otorrhée se déduit de ces considérations mêmes, et l'on devra successivement s'attaquer à l'état général, aux infections secondaires, aux polypes et végétations, à la rétention du pus, enfin aux lésions osseuses plus graves des osselets et de la mastoïde.

1° Se préoccuper de l'état général et penser toujours à la syphilis. Au moindre soupçon donner l'iodure et le mercure ; le praticien obtiendra ainsi des succès souvent inespérés.

2° Eviter la rétention du pus au moyen des lavages et des insufflations d'air par le procédé de Politzer. Faire matin et soir une irrigation dans l'oreille avec un litre d'eau bouillie tiède, additionnée ou non d'acide borique à 4 %. L'injection auriculaire n'a qu'un but, nettoyer l'oreille, par conséquent le liquide importe peu, pourvu qu'il soit aseptique : l'eau bouillie suffira, mais l'injection doit être bien faite, en redressant le conduit par des tractions sur la conque et en adaptant au besoin à l'embout une canule en caoutchouc mou qui pénétrera dans le conduit. Si le praticien est assez exercé, il pourra laver l'attique, s'il y a lieu, avec la canule de Hartmann.

L'injection faite, on essuiera l'oreille avec du coton hydrophile et on instillera un liquide antiseptique ou modificateur comme la glycérine phéniquée, le phénosalyl, formulés ainsi :

Acide phénique.................	1 gr.
Glycérine.......................	20 gr.
Phénosalyl pur	1 gr.
Eau..	50 gr.

Verser une demi-cuillerée à café tiède et conserver 5 minutes dans l'oreille en penchant la tête sur l'épaule du côté opposé.

Si la sécrétion est épaisse, en grumeaux, on se trouvera bien, avant l'injection, d'instiller une cuillerée à café d'une solution de sulfate de soude à 1/10.

Les insufflations de poudre impalpable et en particulier de poudre d'acide borique, suivant la méthode de Bezold sont dangereuses dans les cas de petite perforation et de sécrétion abondante ; il est préférable de s'en abstenir. Nous avons obtenu, en revanche, quelques succès, en pansant l'oreille suivant un procédé recommandé, il y a quelque temps, par Hamon du Fougeray : on laisse à demeure une mèche de gaze iodoformée introduite dans le conduit jusqu'au tympan, en la remplaçant au bout de quelques jours seulement. Cette mèche joue le double rôle de drain et de pansement antiseptique ; elle est, en général, bien supportée, si la suppuration n'est pas trop abondante.

On évitera les infections secondaires en opérant les végétations adénoïdes, si elles existent, et en faisant le maximum d'asepsie pour les pansements et pour le coton qui doit toujours obturer le méat.

3° Lorsque la caisse contient des végétations, on les attaque par les instillations d'alcool boriqué pur ou étendu d'eau si la solution pure est douloureuse. On se trouve bien également des attouchements au perchlorure de fer qui a la curieuse propriété de respecter les tissus sains. Les polypes seront enlevés au polypotome.

4° Si ces moyens sont restés sans succès, il y a lieu de pratiquer des opérations plus sérieuses, curetage des végétations, extraction de l'enclume et du marteau cariés, ou enfin, ouverture large de la caisse par le procédé de Stacke, combiné ou non, à l'ouverture de l'antre mastoïdien. Il est évident que ces dernières opérations sont du domaine du spécialiste et ne sont applicables qu'aux cas rebelles, cas qui deviendront beaucoup moins fréquents, à mesure que cette maladie sera mieux connue et mieux soignée.

Aussi, il nous sera permis de conclure que l'otorrhée est curable, même dans ses formes qui sont, le plus souvent, des affections négligées.

Dr P. Lacroix.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Règlements pour l'application de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite.

Textes adoptés par le Conseil supérieur de l'Assistance publique.

1° Système dit par circonscriptions médicales.

TITRE PREMIER

Dispositions générales.

Article premier. — Un service public d'assistance médicale pour les malades privés de ressources est établi dans le département de. . . . . en exécution de la loi du 15 juillet 1893.

Ce service, qui a pour but de faire donner, gratuitement, aux malades privés de ressources, les secours de la médecine, de la pharmacie et de l'art des accouchements, s'étend à toutes les communes du département, dans les conditions spécifiées ci-après.

Art. 2. — Le département est divisé, au point de vue du secours à domicile (1), en circonscriptions, conformément au tableau annexé au règlement départemental. Dans chacune de ces circonscriptions un médecin est chargé de donner ses soins aux malades privés de ressources.

Les médecins du service sont nommés pour trois ans par le préfet. Après avis du médecin de la circonscription, le préfet nomme, pour la même durée, une ou plusieurs sages-femmes du service.

Art. 3. — Les pharmaciens ayant adhéré au règlement départemental sont chargés de la délivrance des médicaments prescrits par les médecins et sages-femmes du service.

TITRE II

Service médical et secours à domicile.

Art. 4. — Le président du bureau d'assistance ou le délégué, délivre à toute personne inscrite sur la liste d'assistance et à toute personne dont l'admission a été prononcée d'urgence :

1° un carnet à souche contenant des billets de visites ;

(1) Pour les circonscriptions hospitalières, voir l'article 11 du présent règlement.

2° une feuille de maladie.

Art. 5. — Autant que possible, chaque commune ou syndicat de communes, est pourvu d'un dispensaire où des consultations gratuites sont données, à jours fixes, à tout malade justifiant de son inscription sur la liste d'assistance. Les malades y reçoivent les soins que comporte leur état; il leur y est délivré des médicaments.

Le médecin du service est tenu de se rendre au dispensaire aux jours et heures fixés par le préfet.

Art. 6. — Le malade qui ne peut se rendre ni au domicile du médecin ni au dispensaire, fait appeler le médecin en lui faisant présenter son carnet. La visite est constatée par la remise d'un billet de visite.

Art. 7. — Dans les cas où l'admission à l'assistance médicale gratuite est prononcée d'urgence, le médecin peut être appelé auprès du malade, soit directement par le président du bureau d'assistance ou son délégué, soit par le malade ou sa famille, sur la présentation d'une note faisant foi de l'admission. Le billet de visite doit être remis et la feuille de maladie présentée au médecin dans les trois jours.

Art. 8. — Le médecin mentionne sa visite sur la feuille de maladie prévue au second paragraphe de l'article 4. A la fin de la maladie cette feuille est remise au président du bureau d'assistance.

Art. 9. — Il ne peut être délivré, à la charge du service d'assistance, d'autres médicaments ou appareils que ceux inscrits au tarif réglementaire.

TITRE III

Secours hospitaliers.

Art. 10. — Lorsqu'un malade, qui ne se trouve pas dans le cas prévu par l'art. 1er de la loi du 7 août 1851, ne peut être soigné utilement à domicile et doit être placé dans un établissement hospitalier, l'admission de ce malade n'est autorisée que sur la production:

1° d'un carnet de visite constatant que le malade est inscrit sur la liste d'assistance, ou de la note du président du bureau d'assistance attestant qu'il a été l'objet d'une décision d'admission d'urgence;

2° d'un certificat du médecin de l'assistance, indiquant la nature de la maladie et les raisons pour lesquelles il y a impossibilité de soigner utilement le malade à domicile.

Art. 11. — Les malades des communes sont dirigés sur l'hôpital ou l'un des hôpitaux auxquels est rattachée la commune(1), conformément au tableau ci-après:

COMMUNES	HOPITAUX DE RATTACHEMENT	
	INFIRMERIE	GRAND HOPITAL
....	....	....
....	....	....
....	....	....

Le certificat du médecin mentionne l'hôpital sur lequel le malade doit être dirigé. Dans le cas de rattachement à une infirmerie, si le choix du médecin porte sur le grand hôpital, les motifs en doivent être indiqués sur le certificat.

Le transport a lieu par les soins du représentant du bureau d'assistance et aux frais du service.

TITRE IV

Appareils orthopédiques et prothétiques.

Art. 12. — Les appareils, autres que ceux portés sur le tarif à l'art. 9 ci-dessus, sont fournis en vertu d'une décision de la commission administrative du bureau d'assistance, prise sur le vu du certificat du médecin.

TITRE V

Comptabilité.

Art. 13. — Tous les ans, avant le 1er février, les présidents des bureaux d'assistance transmettent à la préfecture les feuilles de maladie prévues aux art. 4 et 7 et les talons des carnets à souche mentionnés à l'art. 8 pour servir à la vérification des mémoires produits par les médecins, pharmaciens et sages-femmes.

Art. 14. — Tous les ans, avant le 1er février, sous peine de déchéance de leurs droits, les médecins et sages-femmes doivent transmettre à la préfecture les billets de visite, et les pharmaciens les ordonnances se rapportant à l'année écoulée.

Ces pièces sont accompagnées d'un bordereau récapitulatif établi conformément au tarif adopté.

Les médecins qui délivrent des médicaments produisent deux mémoires: sur l'un, ils portent exclusivement leurs visites et opérations; sur l'autre, les médicaments qu'ils ont fournis.

Art. 15. — Dans le délai prévu à l'art. 14, les commissions administratives des hôpitaux font parvenir un état nominatif des malades traités dans ces établissements conformément à la loi du 15 juillet 1893.

Art. 16. — Une commission de vérification composée de quatre médecins et de deux pharmaciens est chargée de vérifier les mémoires produits par les médecins, les pharmaciens, les sages-femmes et les fournisseurs d'appareils.

Cette commission est présidée par le préfet ou son délégué.

Le président a voix prépondérante en cas de partage.

Art. 17. — Les membres de la commission de vérification sont nommés par le préfet pour une période de trois ans. Ils sont pris:

1° sur une liste de huit noms proposée par les médecins du service, à la suite d'un vote sous pli cacheté;

2° sur une liste de quatre noms proposée par les pharmaciens, dans les mêmes conditions.

Art. 18. — Le prix des visites médicales est fixé ainsi qu'il suit:.. .. francs par visite, plus..... par kilomètre, la distance étant comptée à partir du domicile du médecin à celui du malade.

Les opérations pratiquées à domicile sont payées d'après un tarif spécial arrêté tous les trois ans par le préfet, sur la proposition de la commission de vérification et après avis du conseil général.

Les opérations pratiquées à domicile, non prévues au dit tarif, doivent faire l'objet d'une note explicative qui est soumise à la commission de vérification.

Le prix des visites de nuit est double des visites de jour. Les visites de nuit sont celles qui ont lieu, en toute saison, après..... heures du soir et avant ..... heures du matin.

Les honoraires dus aux médecins pour soins donnés au dispensaire sont fixés par vacation, d'après un tarif spécial arrêté tous les trois ans par le préfet sur la proposition de la commission de vérification et après avis du conseil général.

Le tarif des médicaments est arrêté par le préfet dans les mêmes conditions.

Art. 19. — La rétribution allouée aux sages-femmes, en sus de l'indemnité kilométrique est de..... francs, pour chaque accouchement, y compris les soins à donner à l'accouchée et au nouveau-né.

Lorsque le médecin a été appelé, au cours d'un accouchement difficile, il est payé d'après le tarif prévu à l'art. 18,

Art. 20. — Toutes les dépenses relatives aux visites, aux soins donnés dans les dispensaires, aux opérations, à la fourniture des remèdes ou appareils, au remboursement à faire aux établissements hospitaliers, sont mandatées par le préfet.

(1) Chaque commune est rattachée à un hôpital suffisamment outillé pour soigner toutes les affections; mais la plupart des communes sont en outre rattachées plus directement à un petit hôpital voisin, qui prend le nom d'infirmerie.

2° Système dit vosgien.

TITRE PREMIER

Dispositions générales.

Article premier.— Un service public d'assistance médicale pour les malades privés de ressources est établi dans le département d........ en exécution de la loi du 15 juillet 1893.

Ce service qui a pour but de faire donner gratuitement aux malades privés de ressources les secours de la médecine, de la pharmacie et de l'art des accouchements, s'étend à toutes les communes du département, dans les conditions ci-après.

Art. 2. — Le tableau des médecins et des sages-femmes qui, ayant adhéré au règlement départemental, peuvent être appelés à donner leurs soins aux malades privés de ressources, est arrêté chaque année par le conseil général, sur la proposition du préfet, après avis de la commission prévue par l'article 16.

Les pharmaciens qui ont adhéré au règlement départemental font partie du service d'assistance.

Art. 3. — L'adhésion au règlement départemental implique, pour les médecins et les sages-femmes les plus rapprochés du domicile du malade, l'obligation de se rendre à l'appel de ce malade.

TITRE II

Service médical et secours à domicile.

Art. 4. — Le président du bureau d'assistance ou son délégué, délivre à toute personne inscrite sur la liste d'assistance et à toute personne dont l'admission a été prononcée d'urgence :

1° Un carnet à souche contenant des billets de visite ;

2° Une feuille de maladie.

Art. 5. — Autant que possible, chaque commune ou syndicat de communes est pourvu d'un dispensaire où des consultations gratuites sont données, à jours fixes, à tout malade justifiant de son inscription sur la liste d'assistance. — Les malades y reçoivent les soins que comporte leur état et il leur y est délivré des médicaments.

Le médecin, choisi par le bureau d'assistance pour assurer le service du dispensaire, est tenu de s'y rendre régulièrement aux jours et heures indiqués.

Art. 6. — Le malade qui ne peut se rendre ni au domicile du médecin, ni au dispensaire, fait appeler le médecin en lui faisant présenter son carnet ; la visite est constatée par la remise d'un des billets de visite.

Art. 7. — Dans le cas où l'admission à l'assistance médicale gratuite est prononcée d'urgence, le médecin peut être appelé auprès du malade soit directement par le président du bureau d'assistance ou son délégué, soit par le malade ou sa famille sur la présentation d'une note faisant foi de l'admission. Le billet de visite doit être remis et la feuille de maladie présentée au médecin dans les trois jours.

Art. 8. — Le médecin mentionne sa visite sur la feuille de maladie prévue au deuxième paragraphe de l'article 4. A la fin de la maladie cette feuille est remise au président du bureau d'assistance.

Art. 9. — Il ne peut être délivré, à la charge du service d'assistance, d'autres médicaments ou appareils que ceux inscrits au tarif réglementaire.

TITRE III.

Secours hospitaliers.

Art. 10. — Lorsqu'un malade, qui ne se trouve pas dans le cas prévu par l'article premier de la loi du 7 août 1851, ne peut être soigné à domicile et doit être placé dans un établissement hospitalier, l'admission de ce malade n'est autorisée que sur la production :

1° du carnet de visite constatant que le malade est inscrit sur la liste d'assistance, ou de la note du président du bureau d'assistance attestant qu'il a été l'objet d'une décision d'admission d'urgence ;

2° d'un certificat qui est délivré par le médecin de l'assistance traitant le malade et qui indique la nature de la maladie et les raisons pour lesquelles il y a impossibilité de soigner utilement le malade à domicile.

Art. 11. — Les malades des communes sont dirigés sur l'hôpital ou l'un des hôpitaux auxquels est rattachée la commune, conformément au tableau indiqué ci-dessus.

Le certificat du médecin mentionne l'hôpital sur lequel le malade doit être dirigé. — Dans le cas de rattachement à une infirmerie, si le choix du médecin porte sur le grand hôpital, les motifs en doivent être indiqués sur le certificat.

TITRE IV

Appareils orthopédiques et prothétiques.

Art. 12. — Les appareils, autres que ceux portés sur le tarif mentionné à l'article 9 ci-dessus, sont fournis en vertu d'une décision de la commission administrative du bureau d'assistance, prise sur le vu du certificat du médecin traitant.

TITRE V.

Comptabilité.

Art. 13.— Tous les ans, avant le 1er février, les présidents des bureaux d'assistance transmettent à la préfecture les feuilles de maladie prévues aux articles 4 et 7, et les talons des carnets à souche mentionnés à l'article 8, pour servir à la vérification des mémoires produits par les médecins, pharmaciens et sages-femmes.

Art.14.—Tous les ans, avant le 1er février, sous peine de déchéance de leurs droits, les médecins et sages-femmes doivent transmettre à la préfecture les billets de visite, et les pharmaciens les ordonnances se rapportant à l'année écoulée.

Ces pièces sont accompagnées d'un bordereau récapitulatif établi conformément au tarif adopté.

Les médecins qui délivrent des médicaments produisent deux mémoires : sur l'un ils portent exclusivement leurs visites et opérations : sur l'autre, les médicaments qu'ils ont fournis.

Art. 15.— Dans le délai prévu à l'article 14, les commissions administratives des hôpitaux font parvenir un état nominatif des malades traités dans ces établissements, conformément à l'article 24 de la loi du 15 juillet 1893.

Art. 16.— Une commission composée de quatre docteurs en médecine et de deux pharmaciens de 1re classe est chargée :

1° d'émettre l'avis prévu à l'article 2 ;

2° de vérifier les mémoires produits par les médecins, les pharmaciens, les sages-femmes et les fournisseurs d'appareils.

Cette commission est présidée par le préfet ou son délégué.

Le président a voix prépondérante en cas de partage.

Art. 17.— Les membres de la commission sont nommés par le préfet, pour une période de trois ans. Ils sont pris :

1° sur une liste de huit noms, proposée par les médecins du service, à la suite d'un vote sous pli cacheté :

2° sur une liste de huit noms, proposée par les pharmaciens dans les mêmes conditions.

Art. 18.—Le prix des visites médicales est fixé ainsi qu'il suit : .... francs par visite, plus.... par kilomètre, la distance kilométrique étant celle du domicile du médecin le plus rapproché de celui de l'assisté.

Les opérations pratiquées à domicile sont payées d'après un tarif spécial arrêté tous les trois ans par le préfet, sur la proposition de la commission de vérification et après avis du conseil général.

Les opérations pratiquées à domicile, non prévues au dit tarif doivent faire l'objet d'une note explicative qui est soumise à la commission de vérification

Le prix des visites de nuit est double de celui des visites de jour. Les visites de nuit sont celles qui qui ont lieu, en toute saison, après... heures du soir et avant.... heures du matin.

Les honoraires dus au médecins pour soins donnés aux dispensaires sont fixés par vacation d'après un tarif spécial arrêté tous les trois ans par le préfet, sur la proposition de la commission de vérification et après avis du conseil général.

Art. 19.— La rétribution allouée aux sages-femmes, en sus de l'indemnité kilométrique, est de.... francs pour chaque accouchement, y compris les soins donnés à l'accouchée et au nouveau-né.

Lorsque le médecin a été appelépar la sage-femme, au cours d'un accouchement difficile, il est payé d'après les tarifs prévus à l'article 18.

Art. 20. — Toutes les dépenses relatives aux soins donnés dans les dispensaires, aux opérations, à la fourniture des remèdes et appareils, aux remboursements à faire aux établissements hospitaliers, sont mandatées par le préfet.

Assistance médicale gratuite.

Nous avons entrepris d'éclairer nos confrères sur le fonctionnement du service si important de l'Assistance médicale gratuite : c'est pourquoi nous accueillons avec reconnaissance toutes les communications que nos lecteurs veulent bien nous adresser. C'est pourquoi, aussi, nous nous efforçons d'obtenir sur chaque cas des éclaircissements précis dont tous puissent faire leur profit.

Parmi ces communications, les unes soulèvent des questions de principe, les autres des questions personnelles. Certaines revendications sont acceptées par nous avec empressement, d'autres — il faut bien le dire — nous paraissent excessives, et nous estimons rendre service au corps médical en nous expliquant en toute franchise, sur les unes comme sur les autres.

Le Dr B..., qui exerce dans un département du centre, nous adresse la lettre suivante :

Monsieur le Directeur,

Dans la commune où j'exerce, le Bureau d'Assistance jugea bon, au début de l'année 1895, de dresser une liste comprenant 146 noms. — Parmi ces 146 assistés, il se trouva une hystérique, la femme M..., qui, à la suite d'un traumatisme léger, présenta des accidents d'une intensité extraordinaire du côté de l'estomac, de l'intestin, des reins et de la vessie (vomissements de sang incoercibles, intolérance gastrique absolue, anurie complète, rétention fécale se prolongeant pendant 4 et 5 mois !), accidents que je dus pendant *toute une année*, combattre *nuit et jour* et par tous les moyens auxquels on est autorisé à recourir en ces cas extrêmes (entéroclysme, électrisation, massage abdominal, suggestion, etc.), et qui me conduisirent, pour légitimer l'opportunité de mes interventions, à m'adjoindre deux confrères en consultation.

Par suite de l'excès de générosité de la Commission d'une part, et grâce aux nécessités créées par ce cas particulier d'autre part, je fus amené à présenter à l'Assistance médicale gratuite un mémoire s'élevant pour l'année 1895 à la somme de 1837 fr. 65, dont 1318 fr. pour la malade en question.

Or, que fit la Commission de vérification ?

Elle décida *qu'il y avait lieu de rejeter les dépenses faites, notamment pour la femme M...,et que ces dépenses lui paraissaient tellement exagérées, qu'il lui semblait impossible de les discuter.* »

Et voilà comment on prétend rétribuer les soins que nous donnons aux indigents !

Or, je ferai remarquer que sur les 1837 fr. 65 réclamés par moi, il y a d'une part 1318 fr. absorbés par une seule malade, auprès de laquelle mon intervention ne saurait jamais être payée à sa juste valeur, et que, d'autre part, les 519 fr., restant pour les visites faites, les médicaments fournis et les soins donnés aux 145 autres assistés, représentent certainement, à plein tarif, un chiffre approximatif de 2.000 fr. *dont la moitié, au bas mot, m'aurait été payée sans l'intervention de l'Assistance médicale gratuite.* Et, il s'est trouvé quatre médecins et deux pharmaciens pour me refuser, sans même discuter mon mémoire, les quelques cents francs qui me sont dus pour ce service !

Que c'est donc beau de faire ainsi la charité !

Soit. Mais qu'on nous laisse au moins le mérite de la faire librement et qu'on ne prétende pas nous la payer ! J'en appelle à tous les confrères pour juger du procédé.

Selon notre habitude, nous avons soumis cette lettre à qui pouvait nous éclairer et voici la réponse qui nous a été faite :

Je vous retourne la lettre du Dr B.., et voici la réponse qu'elle me suggère :

1° Le chiffre des inscrits sur la liste d'assistance qui est de 146 pour 1525 habitants, soit environ 10 °/₀, semble peut-être un peu fort, sans être tout à fait excessif.

Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que le médecin, comme médecin et comme contribuable, a un double moyen de provoquer des radiations, s'il le juge équitable.

2° En ce qui concerne la note d'honoraires, s'élevant à 1837 fr. 65 pour 1525 habitants, elle représente 1 fr. 10 par habitant, soit environ 40 millions pour toute la France qui seraient à donner au corps médical, pour le seul traitement à domicile :

3° Pour ce qui est de l'hystérique ayant coûté 1318 fr. de soins médicaux pour l'année 1885, je comprends que la commission de vérification ait refusé de discuter la note, car ce doit être un cas unique, parmi les comptes qu'on lui présentait. Je doute même que dans la clientèle moyenne, notre confrère trouve souvent une aussi bonne aubaine ! Pourquoi ne pas avoir envoyé la malade à l'hôpital, au lieu de faire venir chez elle, en consultation un médecin d'hôpital qui n'est même pas du département ?

Je crois que le Dr B... s'abuse en s'imaginant que la note qu'il vous adresse est un réquisitoire contre l'assistance médicale gratuite ; elle offre au contraire un exemple des abus exceptionnels sur lesquels les administrations locales se fondent pour dire que la loi ruinera le pays au profit des médecins !

Dans le cas présent, nous ne sommes pas avec le Dr B... et nous estimons, nous aussi, que des faits semblables compromettraient, à tout jamais, le fonctionnement d'un service public, dont nous avons été les premiers à proclamer l'importance et, à réclamer l'institution.

Nous ne discuterons pas, au point de vue médical, le bien fondé du traitement institué par notre confrère, convaincus que nous sommes qu'il a fait tout ce qu'il a pu pour guérir sa malade : c'eût été une millionnaire qu'il n'eut pas agi autrement ; mais c'est là précisément qu'a été son erreur.

Même dans la clientèle payante, il est impossible de soigner tous les malades de façon identique et nous sommes obligés de tenir compte, dans une certaine mesure, des conditions sociales où vivent nos clients : c'est là une véritable question de conscience pour nous. A plus forte raison, s'il s'agit des malades assistés, faut-il apporter une discrétion extrême et ne pas oublier qu'il existe des considérations budgétaires que nous ne pouvons traiter de négligeables.

Le fait que les accidents de la malade du Dr B... ont duré toute une année prouve surabondamment que cette malade n'était pas *utilement soignée* chez elle (ce sont les termes du règle-

ment), et, dans ces conditions, elle devait être envoyée à l'hôpital. La malade s'y refusait-elle ? il était alors du devoir du Dr B... d'en référer au Bureau d'Assistance de la commune, de lui exposer la situation, de lui faire entrevoir les conséquences de toutes sortes (financières et autres) de ce refus, et de convenir avec lui de la conduite future. — C'était dégager sa responsabilité, c'était agir comme il eût été nécessaire de le faire dans la clientèle ordinaire.

Notre confrère paie cher son erreur, nous en convenons, mais nous ne pouvons pas ne pas constater que c'est lui-même qui a créé la situation fâcheuse où il se trouve.

Et, si l'on rapproche ce fait de certains autres, de celui par exemple d'un médecin de la région du Nord-Est qui a présenté à la commission de vérification de son département une note dépassant 4.000 francs, ou de celui de cet autre médecin qui à des observations fort légitimes qui lui étaient adressées sur le chiffre excessif des dépenses pharmaceutiques, causé par ses ordonnances répondit : *je soigne les malades à ma manière et n'accepte à ce sujet aucune observation*, — on peut se demander comment le service pourra résister à de semblables abus, comment on pourra répondre aux administrations départementales qui, pour les faire cesser, en arriveront à répudier le système landais.

Car c'est à ce résultat qu'on arrivera si les médecins ne veulent pas comprendre que leur participation au service de l'Assistance médicale gratuite leur crée des obligations auxquelles ils ne sauraient se soustraire.

Les nouveaux honoraires médico-légaux.

Les plaintes sont continuelles contre les diminutions sur les honoraires médico-légaux subies par les médecins.

Nous avions cru pourtant les tarifs nouveaux établis de bonne foi et pensions que, s'ils avaient été promulgués, c'était sans doute pour qu'ils fussent appliqués.

Mais, à chaque instant, le juge trouve des exceptions pour taxer des prix inférieurs, et les vacations de cinq francs se trouvent le plus souvent réduites à trois ; on trouve même le moyen de faire durer la vacation deux jours.

Voici une lettre que nous recevons de M. le Dr J. Armand, d'Albertville.

Monsieur le Directeur,

Pour vous édifier sur la question des honoraires des médecins appelés à déposer devant un tribunal, devant les assises, en dehors de leur domicile, je vous adresse les deux lettres ci-incluses.

L'une est celle que j'ai adressée au Procureur général, l'autre sa réponse.

La première partie de ma lettre a trait à des vacations que le parquet m'avait taxées à raison de 5 francs (vacations pour examen mental d'un prevenu) et que la Cour des comptes a réduites à 3 francs. Ceci était à prévoir, mais ce qui l'était moins, c'est le droit qu'on s'arroge de me convoquer à huit heures du matin pour une affaire qui ne doit commencer qu'à deux heures du soir.

Vous verrez, en outre qu'une affaire qui me fait partir de mon domicile à cinq heures du matin et ne me permet de rentrer que le lendemain à midi, m'obligeant à rester constamment dans la salle des assises pour répondre aux questions qu'on désire me poser, ne me donne droit qu'à une seule vacation de 5 francs.

Veuillez agréer etc....

Dr J. Armand.

Lettre au Procureur Général.

Monsieur le Procureur Général,

J'ai remboursé la somme de 14 francs que j'avais paraît-il, indûment touchée. La circulaire du 31 juillet 1894 est, en effet, formelle, bien qu'elle vienne à l'encontre de l'interprétation donnée au décret du 21 novembre 1893 par le corps médical tout entier, y compris les professeurs de médecine légale et même par les parquets qui, dans leurs imprimés, n'avaient pas prévu des vacations de trois francs.

Vous me permettrez, Monsieur le Procureur Général, de profiter de cette occasion pour vous demander un renseignement sur ma situation de médecin expert, appelé à déposer le 24 février dernier, devant le jury de la Savoie.

J'ai été requis de me présenter le 24, à huit heures du matin. Or, j'ai appris que réellement, l'affaire ne devait commencer qu'à deux heures après-midi.

Quand j'ai cru pouvoir m'en aller le soir, M. le président m'a prévenu que les débats continueraient le lendemain et que je devais être présent le lendemain, à neuf heures du matin. Je n'ai donc pu rentrer à Albertville que le lendemain 25 février, à midi.

Pour une journée et demie d'absence de mon domicile, il m'a été alloué la somme de 35 francs. Je n'arrive pas à faire le compte, à moins que, trois dépositions faites devant le jury en deux jours, ne contituent qu'une seule et même vacation de 5 francs.

Je vous serais obligé, Monsieur le procureur général, de vouloir bien me donner l'explication.

Veuillez agréer, etc......

Réponse du Procureur Général.

Monsieur le Procureur de la République,

Je vous retourne la lettre ci-jointe de M. le docteur Armand. La taxe allouée est régulière : elle se décompose ainsi :

Indemnité de transport, aller et retour, cent kil. (à 0,20 par kil.)	20 fr.
Indemnité de séjour	10 fr.
(affaire commencée le 24 février à 2 heures du soir et terminée le lendemain à midi) 1 vacation.	5 fr.
Total	35 fr.

Il ne pouvait lui être alloué davantage.

Recevez, etc...

Il est bien certain que le Procureur Général près la Cour d'appel de Chambéry s'est conformé, dans sa réponse, aux instructions qui lui ont été données. Il est hors de cause. Mais que penser de celui qui donne de telles instructions, si ce n'est qu'il retire de la main gauche ce qu'il a paru accorder de la main droite.... avec regret d'ailleurs ?

REPORTAGE MÉDICAL

Association de la presse médicale française, Secrétariat général, 14, boulevard Saint-Germain. Paris. — Réunion extraordinaire du 1er avril 1896. M. le Pr Klein, président du Comité exécutif du XIIe Congrès international de médecine de Moscou, a écrit à M. le Pr Cornil, président de l'Association de la Presse médicale française, une lettre demandant à M. Cornil d'organiser un Comité national français, chargé de faire connaître à tous les médecins de France les décisions du Comité central.

A ce Comité français serait dévolue la fonction d'organiser la publicité nécessaire dans notre pays, de centraliser les cotisations, de s'entendre avec les Compagnies de chemins de fer pour le transport des Congressistes, etc.

Les membres de l'Association de la Presse médicale, ayant répondu à la convocation de ce jour, saisissent avec empressement cette occasion de témoigner leur sympathie au Corps médical Russe et constitueront un Comité national, suivant le désir du Comité exécutif du Congrès de Moscou.

Ce Comité sera organisé dans la prochaine réunion ordinaire de l'Association de la Presse, qui aura lieu le 1er mai prochain.

Le Secrétaire général.
Marcel Baudouin.

— *Ecoles du Service de Santé de la Marine.* — Les jeunes gens qui désirent être admis dans une des trois Ecoles annexes de Médecine navale, en 1896, sont informés qu'ils doivent se faire inscrire, du 15 septembre au 1er octobre, à la préfecture du département où est établi le domicile de leur famille ou de celui où ils poursuivent leurs études. En ce qui concerne l'admission à l'École du Service de Santé de Marine à Bordeaux, les candidats sont informés qu'ils doivent adresser leur dossier à M. le Ministre de la Marine avant le 1er août, délai de rigueur. Les demandes de bourse doivent être remises avant le 1er septembre au préfet du département où réside la famille. Pour la nomenclature des pièces à produire et tous autres renseignements, s'adresser à la préfecture de la Gironde, 2e division, bureau des affaires militaires.

— *Congrès de médecine mentale et nerveuse.* — Le 7e Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, s'ouvrira le samedi 1er août à Nancy, sous la présidence de M. le docteur Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Le programme comprendra :

1° Questions à discuter :

Pathologie mentale. — Pathogénie et physiologie pathologique de l'hallucination de l'ouïe. — Rapporteur, M. Ph. Chaslin.

Pathologie nerveuse. — De la séméiologie des tremblements. — Rapporteur, M. Souques.

Législation. — De l'internement des aliénés dans les établissements spéciaux. Thérapeutique et législation. — Rapporteur, M. Paul Garnier.

2° Lectures, présentations, travaux divers.

3° Excursions, visite de l'Institut anatomique de l'Asile de Maréville et de ses nouveaux pensionnats, banquet.

4° Impression et distribution du volume du Congrès.

Prix de la cotisation, 20 francs.

Adresser les incriptions et toutes communications à M. Vernet, médecin en chef à l'Asile de Maréville, secrétaire général du Congrès.

— *Réorganisation du Conseil de surveillance de l'Assistance publique* de Paris. Le Conseil d'Etat a émis un avis favorable à un projet de décret qui réorganise de la manière suivante le Conseil de l'Assistance publique de Paris.

Le préfet de la Seine, président ;
Le préfet de police ;
Dix membres du Conseil municipal ;
Deux maires ou adjoints ;
Deux administrateurs des bureaux de bienfaisance ;
Un conseiller d'Etat ou un maître des requêtes au Conseil d'Etat ;
Un membre de la Cour de cassation ;
Un médecin des hôpitaux et hospices en exercice ;
Un chirurgien des hôpitaux et hospices en exercice ;
Un médecin accoucheur des hôpitaux en exercice ;
Un médecin du service des secours à domicile en exercice ;
Un professeur de la Faculté de médecine ;
Un membre de la Chambre de commerce ;
Un membre patron et un membre ouvrier, des conseils de prud'hommes ;
Neuf membres pris en dehors des catégories indiquées ci-dessus.

— *Falsifications.* — Les lauriers des marchands de vins empêcheraient-ils les pharmaciens de dormir ?

Les marchands de *vins mouillent* leur vin ; les pharmaciens *poudrent* leur quinine et leur antipyrine.

Le laboratoire municipal ayant fait faire, par huissier, des prélèvements de médicaments dans un certain nombre de pharmacies, l'analyse a montré pour de nombreux échantillons de quinine et d'antipyrine une proportion de 50 pour 100 de bicarbonate de soude.

— Voici une autre falsification signalée par la *Presse médicale*. Celle-ci porte sur la gaze iodoformée que certains fabricants colorent avec l'aurantine. La gaze ainsi colorée au lieu de 25 pour 100 d'iodoforme n'en contient à peine qu'un sixième pour 100.

Un bon moyen de découvrir la fraude consiste à tremper la gaze suspecte dans l'eau tiède ; l'aurantine se dissout et colore l'eau en jaune brillant.

— *Contre la tuberculose.* — Par décret, le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter, au nom de ladite Académie, la donation d'une rente de 24,000 fr. (soit un capital de 800,000 fr.), faite par Mme Jouanique, veuve Audiffred, pour la fondation d'un prix qui portera le nom de *Prix François-Joseph Audiffred.*

Ce prix sera décerné à la personne, sans distinctions de nationalité ni profession, fût-ce un membre de l'Académie, qui, dans un délai de vingt-cinq ans à partir du 28 janvier 1896, aura découvert un remède, curatif ou préventif, reconnu par l'Académie de médecine comme efficace et souverain, contre la tuberculose.

Jusqu'au jour où, la découverte ayant eu lieu, lesdits 24,000 fr. de rente recevront cette affectation, les arrérages, depuis et y compris ceux de la première échéance, en appartiendront à l'Académie qui en fera l'usage que bon lui semblera.

— *Banquet annuel de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris.* — Sur la demande d'un certain nombre de collègues, et à titre d'essai, le banquet de cette année n'aura pas lieu le samedi de Pâques, date ordinaire, mais est reporté au 25 avril, dernier samedi du mois.

Le banquet aura lieu chez Marguery, sous la présidence du Dr Pamard, d'Avignon ; le prix de la cotisation pour les internes en exercice, a été abaissé cette année à 12 fr.

L'Assemblée générale de l'Association amicale des internes est, par suite, également reportée au même jour, à 4 heures, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique.

— *Les sources d'eaux minérales françaises et leur débit.*—Il y a, en France, 1,044 sources exploitées, dont 318 sulfureuses, 358 alcalines, 140 ferrugineuses et 219 alcalines. Vingt-trois départements n'ont aucune source minérale en exploitation. C'est le département du Puy-de-Dôme qui en possède le plus : 96 en plein rapport.

Le nombre de malades visitant les sources s'est élevé, en 1894, à plus de six cent mille.

Le débit total des eaux minérales est de 47,322 litres à la minute, soit 24 milliards 536 millions 908,800 litres par année, ce qui représente, on le voit, un joli débit.

— *La Revue médicale* (Rédacteur en chef, docteur Archambaud), qui était bi-mensuelle devient hebdomadaire et paraît le samedi matin. Elle publie, le lendemain de la séance, le compte rendu de la Société médicale des Hôpitaux.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4084. — M. le docteur Thévenin, de Geffonds (Haute-Marne), présenté par M. le docteur Mathieu, de Wassy.

N° 4085. — M. le docteur Roux, de Saint-Antoine (Isère), membre de l'Association des médecins de l'Isère et du Syndicat de Grenoble.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 16 18 Avril 1896

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Association amicale des Médecins Français.

Réunion du Conseil d'Administration du 11 avril 1896.

La séance est ouverte à 5 heures sous la présidence de M. Cézilly, président.

Etaient présents : MM. Gassot, Jeanne et Maurat.

Excusé : M. Archambaud.

Le Conseil procède à l'admission de MM. : Lasalle, de Lormont (Gironde); Weiss, de Cousances-aux-Forges (Meuse) ; Miltas, de La Souterraine (Creuse); Mazeron, de Auxances (Creuse) ; Lagarde, de Vals (Ardèche); Grenier, de Nanteuil (Oise) ; Joly, de Saint-Pourçain (Allier) ; Rousselot, de Tourcoing (Nord); Laroche, de Montignac (Dordogne).

M. le Dr Gassot, trésorier, donne connaissance de l'état de la caisse à ce jour :

Caisse nationale d'épargne....	1.000 »»
Valeurs en portefeuille.......	34.218 70
Espèces en Caisse.............	2.337 29
	37.555 99

Ensuite le Conseil accorde les indemnités suivantes :

Au Sociétaire n° 59, 360 fr. pour 36 jours de maladie.

Au Sociétaire n° 170, 150 fr. pour 15 jours de maladie.

Le Sociétaire n° 65 qui était en retard pour ses versements, s'étant libéré le 9 avril, reprendra ses droits à l'indemnité le 9 mai.

La séance est levée à 6 heures 1/2.

Le Secrétaire général,
Dr H. Jeanne.

Erratum. — Dans l'énumération des indemnités accordées (n° 13 du *Concours*) :

Au Sociétaire n° 150, c'est 40 fr. pour 4 jours de maladie qu'il faut lire et non 40 francs pour 10 jours de maladie.

PROPOS DU JOUR

L'Association générale en 1896.

Nous avons assisté aux séances de dimanche et lundi ; elles ont été intéressantes, surtout celle du lundi, grâce aux divers confrères qui ont pris la parole sur les sujets soumis aux délibérations et particulièrement à notre distingué confrère, le Dr *Lasalle*, de Lormont, vice-président de l'Union des Syndicats médicaux de France. Nous nous réjouissons aussi de la nomination de MM. *Hameau*, comme vice-président, et *Lande* comme membre du Conseil général. Il est bon que l'esprit d'initiative de nos confrères de la Gironde, servi par leur chaude parole, soit largement représenté au sein de l'Association.

Ce qui légitime notre satisfaction, c'est la création d'une caisse, qui, à côté de celle des *pensions des retraites viagères*, est appelée à rendre des services considérables. Nous voulons parler de la *Caisse spéciale des pensions de secours annuels, en faveur des veuves et des orphelins.*

Pour cette œuvre nouvelle, depuis bien des années, tant au *Concours*, qu'à l'*Association de l'Oise*, nous en avons préconisé chaleureusement l'établissement ; voilà des années que nous avons démontré sa possibilité, avec chiffres à l'appui et statuts adaptés à son but particulier.

Nous revendiquons le mérite d'avoir sollicité, par rattachement à l'Association générale, la fondation de cette nouvelle Caisse, et nous en éprouvons d'autant plus de contentement, que la nouvelle organisation de prévoyance, que prépare le Concours médical est soumise, par nous, en ce moment, à l'examen et aux calculs de M. *Léon Marie*, de l'Institut des actuaires.

Nous en avons parlé aux membres de notre Société il y a quelques mois. Ils verront, quand les Statuts seront élaborés et proposés à leur appréciation, qu'elle répond à un besoin de la *Famille médicale*.

L'Association crée une *Caisse de Secours spé-*

ciale pour les veuves et les orphelins. C'ést tout ce qu'on peut lui demander. Il lui serait absolument impossible de faire pour les veuves, bien plus jeunes en général et bien plus nombreuses que les médecins âgés et infirmes qu'elle pensionne, une *Œuvre de droit*.

Le Concours, lui, suivant la voie qu'il a déjà tracée, fera une œuvre de droit, qui se restreindra nécessairement aux familles pouvant faire les frais de leur participation. Celle-ci sera réduite au sacrifice strictement indispensable au droit. Mais elle suppléera, dans une large mesure, à l'insuffisance forcée des secours de l'Association, en évitant la misère noire aux femmes et aux orphelins de nos confrères.

En présence du résultat négatif du vote des Sociétés locales, au sujet de *l'augmentation de la cotisation*, l'Assemblée générale a décidé, à la majorité, que le *droit d'admission* serait, seul, porté de 12 à 20 fr., la cotisation restant fixée à 12 fr.

Ce vote a l'inconvénient de ne pas accroître d'une façon sensible, les ressources de l'Association générale, tout en rendant le recrutement plus difficile.

Néanmoins, par l'établissement de la *caisse des veuves et des orphelins*, l'Assemblée génerale de 1896 a bien mérité de la profession.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les associations médicamenteuses antithermiques et analgesiques.

On a déjà constaté lès bons effets des antiseptiques associés : tel, le phénosalyl, qui est un *mélange* d'acide phénique et d'acide salicylique et qui constitue un puissant médicament bactéricide. M. le Dr Berger a eu l'idée de se servir aussi de l'association médicamenteuse, pour combattre la fièvre et la douleur et il a obtenu d'excellents résultats du mélange suivant :

Antipyrine................	2 gr. 50
Phénacétine..............	1 gramme.
Acétanilide...............	0 gr. 50

Mêlez et divisez en huit cachets de cinquante *centigrammes chaque*.

Cette formule est indiquée dans tous les cas où l'antipyrine, la phénacétine et d'autres antithermiques sont d'usage courant. Il va sans dire que rien n'est plus difficile, quand il s'agit de traitement de ce genre, que de déterminer exactement quelle est la part attribuable à la médication utilisée, dans le résultat observé. La réaction individuelle, l'état du système nerveux, les variations normales de l'intensité des phénomènes douloureux, introduisent bien des inconnues dans le problème à résoudre. Ce n'est qu'après avoir accumulé les observations favorables, qu'on a pu se croire autorisé à conclure que cette médication permet d'obtenir, avec un danger minime d'intoxication, un effet thérapeutique aussi satisfaisant que possible. Rappelons aussi les bons effets de l'association de l'antipyrine et du chlorhydro-sulfate de quinine, ainsi que du mélange de l'antipyrine et du salicylate de soude en potion. Il faut prendre garde, dans les associations médicamenteuses d'unir diverses substances à actions opposées et par conséquent se neutralisant mutuellement ; il faut éviter aussi d'associer deux substances qui réagissent chimiquement l'une sur l'autre et provoquent la formation de nouveaux corps plus ou moins nuisibles.

Traitement des varices par les injections iodotanniques.

Notre confrère le *Scalpel* publie le manuel opératoire du procédé du Dr *Leriche*, de Nice, pour le traitement des varices par les injections iodotanniques ; nous recommandons ce procédé à tous les praticiens, si fréquemment embarrassés en présence de l'insistance des clients atteints de varices, et désireux d'en être débarrassés.

On emploie une solution aqueuse d'un mélange de 9 parties acide tannique, pour 1 partie d'iode dissous en telle quantité que le liquide ait une densité de 1,143 (18° Bé). Après avoir établi, au moyen d'un tube de caoutchouc, une compression circulaire à la racine de la cuisse, et exigé la station verticale pendant une heure pour exagérer la saillie des veines, on opère, sans anesthésie, le malade placé debout sur une chaise, le mollet en face du jour. Avec les précautions antiseptiques d'usage, on introduit dans un des confluents variqueux principaux, une canule trocart, par laquelle le sang doit couler, pour indiquer qu'on est bien dans la veine ; il faut que la canule soit courte, pas trop fine, et qu'on n'y ait pas laissé passer préalablement de liqueur iodo-tannique, pour que le sang ne se coagule pas dans son intérieur. Aussitôt l'apparition du sang veineux, l'opérateur applique vivement sur la canule la seringue de Pravaz chargée de la liqueur, dont il injecte 8 gouttes ; il place, sur la piqûre, un petit tampon de coton, qu'il fixe avec une bandelette de diachylon modérément serrée. Pareille compression, mais plus forte, est faite sur la veine à 10 centimètres au-dessous. On répète la piqûre et l'injection autant de fois qu'on le croit indiqué d'après le nombre et la disposition des bourrelets variqueux ; puis on fait coucher doucement l'opéré sur un lit disposé à côté de la chaise, et on entoure le membre avec du coton boriqué.

Après l'opération, le repos absolu est de rigueur. Si un changement de lit est nécessaire, l'opéré est porté par des aides dans la position horizontale, sans qu'on lui permette le moindre effort ; dès qu'il est installé à poste fixe, on enlève le tube de caoutchouc qui comprimait la racine du membre. La liqueur coagulante se diffuse ainsi lentement, sans secousse, à une certaine distance dans la veine où elle a été injectée et dans les veines collatérales, et il n'y a aucun déplacement brusque de la colonne sanguine.

Dans la suite, il n'y aurait pas d'élévation de la température ; on constate seulement, au bout de 24 heures environ, un œdème de tout le membre, qui persiste 2 ou 3 jours, et qui laisse après lui des cordons indurés sur le trajet des veines impressionnées. La coagulation se produit à de grandes distances : on voit, par exemple, après une injection dans la saphène interne, durcir des varices situées au côté externe du mollet.

Etant donnés les échecs nombreux de la méthode de Trendelenbourg, il serait à souhaiter que les injections iodo-tanniques fussent plus souvent essayées.

Traitement de la laryngite striduleuse.

M. le Dr *Lemoine*, de Lille, recommande le traitement suivant dans le cas de laryngite striduleuse :

Contre l'élément spasmodique le mieux est d'appliquer, sur la partie antérieure du cou, une éponge imbibée d'eau aussi chaude que l'enfant peut la supporter. Cette méthode réussit fort souvent et elle n'a qu'un défaut : c'est d'exiger de l'eau chaude au milieu de la nuit, à un instant où il est bien rare d'en avoir sous la main.

Il est souvent plus facile de prendre un *sinapisme* et de l'appliquer immédiatement sur la région laryngée. Ces deux procédés agissent de même, en faisant de la révulsion de la peau, pour décongestionner la muqueuse.

Contre l'élément catarrhal, qui le plus souvent est primitif et met en jeu le système nerveux, il vaut quelquefois mieux, intervenir entre les accès, en traitant activement tout début de laryngo-trachéite et en prenant l'habitude de faire respirer les enfants, la nuit, dans une atmosphère rendue humide par de la vapeur d'eau.

Pendant l'accès même, il n'est pas rare de voir l'enfant gêné par des mucosités abondantes qui viennent encombrer l'arrière-gorge et gênent les inspirations ; on peut les enlever rapidement avec le doigt enfoncé dans le fond de la gorge, puis titiller la luette, soit avec le doigt, soit avec la barbe d'une plume ; on détermine ainsi des efforts de vomissements, qui suffisent parfois à calmer l'accès. La titillation du nez, avec une plume, amène souvent aussi la disparition rapide du spasme.

Ce n'est que dans des cas exceptionnels, où les accès avaient une tendance à se répéter souvent et à durer assez longtemps pour mettre la vie en danger, que la trachéotomie a dû être pratiquée. Dans ces cas d'accès à répétition il existe ordinairement une cause permanente d'excitation des voies aériennes, qu'il est bon de rechercher avec soin pour la faire disparaître si l'on peut ; les végétations adénoïdes du pharynx jouent souvent ce rôle provocateur du spasme.

Le traitement causal peut être fait seulement entre les accès, dont il cherche à prévenir le retour. Il n'a d'autre but que de diminuer l'excitabilité réflexe ; mais on comprend son importance si l'on réfléchit que le spasme glottique n'est, en définitive, qu'une sorte de crise nerveuse locale, véritable aboutissant d'un réflexe dont le point de départ siège sur la muqueuse laryngée. On donne du bromure de potassium, d'une façon continue, à petites doses variant suivant l'âge de l'enfant. Jules Simon prescrit la potion suivante :

Alcoolature de racine d'aconit. } Teinture de belladone......... }	ââ X gouttes.
Eau de laurier-cerise.........	15 gramm.
Eau de fleur d'oranger........	60 —
Eau de tilleul.................	80 —
Sirop simple..................	30 —

par cuillerée à bouche d'heure en heure.

La moitié seulement de la potion, par cuillerée à café, si l'enfant n'a que deux ans.

On a encore conseillé l'emploi des divers antispasmodiques usités dans le traitement de l'épilepsie : les poly-bromures, l'oxyde de zinc, la belladone, la valériane, etc. Nous leur préférons le bromure de potassium employé seul comme suit :

Bromure de potassium........	15 gramm.
Sirop de quinquina........... } Sirop d'écor. d'orange amère... }	ââ 150 —

Deux cuillerées à dessert par jour, pour un enfant de trois ans.

Les cautérisations à la créosote pure et au gaïacol dans les panaris.

Il arrive fréquemment que la pusillanimité ou la négligence des malades atteints de panaris provoque de graves complications du côté des os ou des articulations phalangiennes. Le nombre des phalangettes nécrosées et perdues, et des doigts ankylosés, attribuable à ces complications, est extraordinaire.

Lorsqu'on a affaire à un panaris au début, l'hésitation n'est pas permise : il faut fendre rapidement et profondément jusqu'à l'os et, de plus, fendre largement pour faire pénétrer les liquides antiseptiques et laisser écouler le sang et le pus. Malheureusement, quand un malade vient trouver le médecin pour un panaris, c'est rarement au début : il a essayé tous les cataplasmes, onguents, pommades, fondants des matrones et bonnes femmes de son entourage.

De guerre lasse, voyant que « *l'inflammation* ne veut pas s'en aller », il vient trouver le médecin. Mais alors, l'os est nécrosé dans la profondeur et quelque large et profonde que soit l'incision aussitôt pratiquée, quelque puissant que soit l'antiseptique employé en bains et en pansement, le résultat n'est pas brillant. Le malade est parfois soulagé pour 24 heures, puis le mal reprend de plus belle : parfois même, il n'éprouve pas de soulagement, et comme au bout de quelques jours, le stylet explorateur introduit dans la plaie par le médecin, lui montre que l'os est dénudé et commence à se nécroser, le malade, à cette nouvelle, s'empresse d'accuser la maladresse du médecin et se garde bien de croire que la complication vient de sa lenteur et de sa pusillanimité à lui malade.

La situation est donc embarrassante.

Or, avant de parler d'extirpation de la phalange nécrosée, et en présence de la persistance des douleurs et de la suppuration du doigt, le médecin doit essayer un procédé de désinfection et de cautérisation héroïque qu'emploient si souvent les dentistes, pour désinfecter les cavités septiques des dents cariées.

Après avoir fait baigner le doigt malade dans du sublimé au 1/1000, on arme un petit stylet d'une mèche d'ouate hydrophile. On l'imbibe bien complètement de *créosote de hêtre pure*, ou de *gaïacol pur liquide*. On porte ensuite cette mèche au fond de la plaie. La cautérisation est peu douloureuse, car on se souvient que la créosote et le gaïacol sont analgésiques. On renouvelle cette cautérisation le lendemain ou le surlendemain et généralement cette intervention est suffisante pour tarir la source du pus et provoquer une cicatrisation rapide.

Nous avons aussi employé dernièrement avec succès le chlorure de zinc au 1/10 associé à un peu de cocaïne et en avons obtenu un parfait succès. La créosote et le gaïacol sont moins douloureux.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

Le quinquina.

Continuant notre série d'articles pratiques sur la thérapeutique, nous nous proposons aujourd'hui d'étudier et de rappeler, à l'attention de nos lecteurs, les propriétés si merveilleuses du quinquina et de ses dérivés.

Les nombreux toniques à la mode: coca, kola, noix vomique, font un peu trop oublier, à notre avis, les ressources que le médecin possède dans le quinquina. La quinine, dont le champ d'action est lui-même singulièrement amoindri, depuis la découverte de l'antipyrine, de l'acétanilide, de la phénacétine, de l'exalgine, de la lactophénine, etc., paraît presque, de nos jours, plus ou moins oubliée ou négligée. Certes, nous ne nions pas les propriétés particulièrement extraordinaires de la coca, de la noix de kola, etc., mais, avant de se jeter à corps perdu dans la thérapeutique du nouveau, il faut bien épuiser les ressources de la thérapeutique ancienne qui nous fournit quelques substances d'une indéniable efficacité.

I

BOTANIQUE ET PHARMACOLOGIE.

Le quinquina ou *cinchona officinalis* est un grand arbre des pays intertropicaux qui appartient à la grande famille des RUBIACÉES, et à la tribu des *cinchonées*.

Les caractères botaniques des rubiacées sont les suivants :

Tronc droit. Cime élevée, touffue. Feuilles lancéolées, oblongues, luisantes, munies de stipules interpétiolaires caduques. Fleurs assez grandes, disposées en panicules ramifiées, de couleur rouge; forme régulière, réceptacle concave, périanthe et androcée épigynes. Corolle gamopétale, pentamère ou tétramère ; androcée isostémone ; ovaire biloculaire.

De plus les cinchonées ont ceci de particulier que les loges ovariennes sont pluriovulées. Les fruits sont secs et les graines ailées.

Les espèces de quinquinas sont nombreuses ; nous citerons : le *cinchona officinalis*, le *cinchona uritisinga*, le *cinchona condaminea* ; les parties employées sont LES ÉCORCES et d'après le siège que ces écorces occupent sur l'arbre, on a établi une classification qui est encore prise, quelquefois, pour une classification d'espèces variées. C'est là une erreur qu'il faut détruire. Le quinquina Loxa et le quinquina de Lima sont les écorces des jeunes branches (*quinquina gris*) ; le *quinquina calisaya* est l'écorce des branches moyennes (*quinquina jaune*) ; *le quinquina succirubra* est l'écorce des grosses branches et du tronc (*quinquina rouge*). En somme, toutes ces dénominations désignent différentes parties d'un seul et même arbre, le quinquina.

Le cinchona ou quinquina contient des substances usitées en pharmacie dans différents buts : il contient de la *quinine*, de la *cinchonine*, *du tannin* en grandes quantités.

Mais ces différentes substances ne sont pas renfermées en quantités égales dans chaque partie de l'arbre. *Le quinquina gris*, dont la forme pharmaceutique est celle de longues cigarettes, de petits rouleaux gris à l'extérieur, jaune en dedans (le quinquina Lima est plus gros que le quinquina Loxa), contient beaucoup de tannin, un peu de cinchonine et des traces de quinine seulement. *Le quinquina jaune, calisaya*, est une écorce colorée en brun de rouille et marquée de sillons digitaux ; il contient 28 à 31 pour 1000 de quinine. *Le quinquina rouge, succirubra*, est une écorce épaisse, rouge-brique, ayant une odeur sui generis peu sensible ; il contient beaucoup de tannin, et 8 à 10 pour 1000 de quinine et de cinchonine.

Le premier est surtout administré comme tonique, le second comme fébrifuge et est employé surtout comme source de quinine, le troisième comme astringent, sous forme de poudre désinfectante et tonique des plaies fétides.

Les préparations pharmacologiques du quinquina sont nombreuses et nous les énumérerons rapidement :

En commençant par les plus simples, nous citerons :

A. *La poudre de quinquina.*

Quinquina rouge pulvérisé, s'emploie en nature sur les plaies, les eschares, les ulcères sanieux, dans les cavités infectées.

Quinquina jaune pulvérisé, 6 à 30 gr. (fébrifuge).

B. *La tisane de quinquina.*

Quinquina gris.......... 20 grammes.
Eau bouillante.......... 1 litre.

Infuser trois heures, passer, décanter.

C. *Les extraits de quinquina.*

1° *L'extrait mou de quinquina* préparé à l'eau avec le quinquina gris, et employé universellement, comme tonique, à la dose de 0,25 centigrammes à 2 grammes chez l'enfant, de 2 grammes à 5 grammes chez l'adulte.

2° *L'extrait alcoolique résineux de quinquina.*

Ecorce de quinquina calisaya. 1000 gr.
Alcool à 60°.................. 6000 gr.

Réduire le quinquina en poudre demi-fine, l'humecter avec 500 gr. de l'alcool prescrit, tasser convenablement entre deux diaphragmes dans un cylindre d'étain ; après douze heures, lessiver avec le reste de l'alcool.

Distiller les teintures alcooliques au bain-marie, pour en retirer toute la partie spiritueuse et achever l'évaporation au bain-marie jusqu'à consistance d'extrait.

Les doses sont de 0,20 centigr. à 1 gr. chez l'enfant, de 2 à 4 grammes chez l'adulte comme fébrifuge.

3° *Le quinium*, qui est un extrait alcoolique de quinquina, purifié avec la chaux, et qui contient, outre les substances résineuses, la presque totalité des alcaloïdes du quinquina.

On le donne à doses moitié moindres que les deux extraits précédents :

Tonique et fébrifuge.

0,50 centigr. chez l'enfant.
2 à 3 gram. chez l'adulte.

La plupart des extraits de quinquina sont épais et donnent aux potions qui les renferment une consistance semi-molle, et un aspect trouble, sale, qui est assez désagréable. Certains droguistes et en particulier, un hollandais le Dr de Vrij, préparent l'extrait de quinquina liquide, transparent qui n'altère pas la couleur et la limpidité des potions.

Il faut ajouter que l'extrait de quinquina ne doit pas être associé dans une potion au sirop de gomme qui le précipiterait. A plus forte raison, il est indispensable de ne jamais lui associer un sel de fer dont l'inconvénient serait encore plus appréciable. Il en est de même d'ailleurs de toutes les préparations de quinquina. Seuls la teinture et le sirop peuvent être associés au citrate de fer, sans qu'il se produise de précipité de tannate de fer.

D. *La teinture de quinquina.*

Quinquina gris ou jaune....	100 gr.
Alcool à 60°................	500 gr.

Faire macérer dix jours, passer avec expression, filtrer.

10 grammes de cette teinture contiennent 2 grammes de quinquina.

1 gramme équivaut à 53 gouttes mesurées au compte-gouttes ordinaire.

On peut donner cette teinture à la dose d'1/2 cuillère à café, pour l'enfant, d'1 ou 2 cuillerées à café, pour l'adulte.

E. *Le sirop de quinquina.*

Quinquina calisaya	100 gr.
Alcool à 30°...............	1000 gr.
Eau........................	Q. S.
Sucre......................	1000 gr.

Se prépare par déplacement et solution en évaporant l'alcool.

Si l'on emploie le quinquina gris, il faut mettre le double de quinquina.

On prépare encore le sirop de quinquina au vin :

Extrait mou de quinquina..	10 gr.
Vin de Grenache...........	430 gr.
Sucre blanc................	560 gr.

Ces deux sirops sont des toniques légers.
1 cuill. à soupe aux enfants, = 0,20 d'extrait.
3 ou 6 cuill. à soupe aux adultes.

F. *Le vin de quinquina.*

Le Codex indique la méthode suivante pour préparer le vin de quinquina :

Quinquina *gris*............	50 gr.
Alcool à 60°...............	100 gr.
Vin rouge ou blanc.......	1000 gr.

Infuser 10 jours, filtrer et passer.

Les vins de Malaga, Grenache, Lunel, Madère, infusent le quinquina sans adjonction d'alcool.

On peut faire d'ailleurs des vins au quinquina avec de l'extrait 20 grammes pour 1 litre et avec de la teinture de quinquina, 40 à 50 grammes pour 1 litre.

La meilleure manière d'administrer le vin de quinquina est, *non pas à jeun*, mais après le repas.

G. *Les alcaloïdes du quinquina.*

Quinine, cinchonine, cinchonidine, quinidine.

LA QUININE est le principal alcaloïde des quinquinas : c'est un des plus puissants médicaments connus et sa vulgarisation contre les fièvres paludéennes est l'œuvre du Dr *Maillot*, d'illustre mémoire.

La quinine s'extrait du quinquina jaune (30 0/00) et se présente sous forme d'une poudre blanche extrêmement légère, d'une saveur amère telle que ce seul caractère suffit pour la distinguer de toutes les autres poudres blanches. Sa formule chimique atomique est C^{20} H^{24} Az^{2} O^{2} + n aq. Elle est insoluble dans l'eau, mais soluble dans l'alcool et dans l'éther.

Les acides dilués la dissolvent facilement. L'acide sulfurique concentré la dissout à froid. L'acide sulfurique étendu et en léger excès la dissout en donnant une solution dichroïque à reflets bleus.

Lorsqu'à une solution d'un sel de quinine, on ajoute de l'eau chlorée et quelques gouttes d'ammoniaque, la solution *se colore en vert.*

Les principaux sels de quinine employés en pharmacie sont : le *sulfate neutre de quinine*, le *chlorhydrate de quinine*, le *bromhydrate de quinine*, le *valérianate*, le *tannate*, le *chlorhydro-sulfate de quinine*, sel de Grimaux, etc.

La solubilité de ces divers sels est la suivante, d'après Yvon :

1 gramme	Soluble dans		Contient
Sulfate de quinine médicinal..............	747 gr. d'eau		71 p. 100 de quinine
Sulfate de quinine pur	755	—	74.31 p. 100
Bisulfate de quinine ou sulfate neutre........	10	—	50.12 —
Chlorhydrate de quinine...............	25	—	81.71 —
Bromhydrate de quinine...............	10	—	76.6 —
Valérianate de quinine	110	—	76.06 —
Salicylate de quinine.	900	—	68.79 —
Lactate de quinine....	3	—	78.26 —
Chlorhydro-sulfate de quinine.............	3	—	74.2 —

D'après Soubeyran.

100 parties de sulfate de quinine neutre équivalent à :

Phosphate de quinine..........	86.3
Quinine hydratée...............	86.7
Acétate de quinine............	87.6
Chlorhydrate de quinine........	88.6
Citrate de quinine.............	88.6
Arséniate de quinine..........	91.6
Ferrocyanate de quinine......	90
Arsénite de quinine...........	89.8
Lactate de quinine........	95
Valérianate de quinine........	101
Tannate de quinine............	350

Ces tableaux montrent bien la supériorité du chlorydro-sulfate.

Ce sel est très maniable, puisqu'il est très soluble dans l'eau ; il est très facilement absorbé par les voies digestives, et par les lymphatiques de l'hypoderme. Pour l'usage hypodermique on peut faire une solution avec :

Chlorhydro-sulfate de quinine..	5 gr.
Eau bouillie....................	6 c. c.

1 centim. cube contient 50 centigrammes de sel.

Cette méthode est bien supérieure à celle des solutions de bromhydrate et de chlorhydrate de quinine employées dans les pays à cachexie palustre.

Les sels de quinine se donnent à la dose de 0.10 à 0.25 centigr. chez les enfants, de 0.50 centigr. à 3 grammes, chez les adultes. Monneret a prescrit jusqu'à 8 grammes en 24 heures. Dans les pays palustres, on prend journellement 4 grammes et même 6 grammes de quinine. Dans

nos contrées, il faut s'en tenir à 3 grammes comme dose maxima (Trousseau et Pidoux) et encore, par fractions de 0.50 centigrammes (six en 24 heures). Les sels de quinine sont fréquemment falsifiés à cause de leur prix élevé.

On les mêle à du sulfate de calcium (plâtre (guerres d'Algérie), à de la mannite, à du sucre, à de l'amidon, à de la salicine, à du sulfate de cinchonine, etc.

On reconnaît l'amidon et le plâtre, à l'existence de résidus insolubles dans la dissolution du sel de quinine par l'alcool étendu bouillant.

La salicine est colorée en rouge par l'acide sulfurique. La calcination du sulfate pur ne doit pas laisser de cendres ; on en trouve, si le sulfate était mélangé de matières minérales.

L'absorption des sels de quinine se fait par l'estomac et par les lymphatiques de la peau. Leur élimination a lieu par l'urine.

L'action des sels de quinine *sur l'estomac* est irritative et se traduit par des phénomènes de gastralgie, parfois des nausées, éructations et vomissements ; *sur l'intestin*, ils agissent comme le quinquina en général, en provoquant de la constipation ; *sur le sang*, Hayem leur dénie toute action ; cependant, ils diminuent probablement sa capacité respiratoire, puisqu'ils entravent les oxydations ; *sur le cœur et les vaisseaux*, ils agissent, à petite dose, en augmentant la pression artérielle ; enfin, en ce qui concerne le *système nerveux*, ils provoquent des bourdonnements d'oreilles, des troubles visuels, des vertiges, de la surdité temporaire, des titubations, de l'ivresse, du délire parfois.

Les fortes doses amènent de l'insensibilité, une grande diminution des réflexes, du collapsus et l'arrêt du cœur en diastole.

II

THÉRAPEUTIQUE ET INDICATIONS.

Les propriétés toniques, fébrifuges et astringentes du quinquina et de la quinine sont amplement utilisées en thérapeutique toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une anémie, d'une neurasthénie, d'une pyrexie grave, d'une convalescence longue.

Encore une fois, il y a, en ce moment, un peu d'abandon pour le quinquina ; c'est un grand tort, car peu de toniques le valent. Son plus notable inconvénient, car il faut avouer qu'il en a un, c'est de provoquer fréquemment de la constipation et, par suite, de nécessiter l'adjonction de substances laxatives comme la rhubarbe, le cascara, l'huile de foie de morue, etc.

Il faut, en somme, en surveiller l'emploi, afin de parer, à propos, aux troubles de rétention fécale.

On peut déduire de cette remarque que la seule vraie contre-indication du quinquina, c'est la constipation habituelle du sujet.

A part cela, le quinquina est indiqué dans toutes les débilités, anémies, dyspepsies même, dans les convalescences de grippe, de bronchite, de fièvre typhoïde, de scarlatine, de pneumonie, dans la grossesse et la période de lactation, chez les enfants chétifs, anémiques, lymphatiques et scrofuleux, comme succédané de l'huile de foie de morue. Toutefois, il ne faut pas l'employer chez les tout jeunes enfants, sous prétexte de les fortifier. Le quinquina n'est guère efficace et utile avant l'âge de 7 ans.

Les meilleures préparations à employer comme tonique dans les anémies et la débilité, sont *le vin, la teinture et les pilules de poudre.*

Dans les fièvres et pyrexies, *l'extrait mou* et *l'extrait alcoolique* sont excellents à la dose de 1 gramme environ chez l'enfant, à la dose de 4 à 5 grammes chez l'adulte. *Le quinium* à dose moitié moindre est aussi efficace.

La meilleure méthode pour administrer le quinquina en extrait, est de l'associer à l'eau-de-vie, sous forme de potion de Todd.

Enfin dans les convalescences, *la teinture de quinquina, le sirop et le vin* sont les plus sûres préparations à prescrire et à faire continuer pendant environ 3 semaines sans intervalles.

Pour les sels de quinine, ils ont de nombreuses applications. Tout d'abord, ils constituent *le médicament spécifique, curateur et prophylactique du paludisme et de toutes ses manifestations :* fièvres intermittentes, fièvre aiguë hyperthermique, hypertrophies du foie et de la rate, cachexie, névralgies, migraines, épistaxis, etc.

La meilleure préparation est le chlorhydrosulfate de quinine à la dose de 0,50 centigr. à 1 gram. 50 pour les adultes de nos climats. Dans les pays chauds, on peut dépasser 2 et 3 grammes.

Les injections hypodermiques sont préférables aux cachets et potions. — En second lieu, viennent le chlorhydrate et le bromhydrate, à doses de 0,50 centigr. à 1 gramme, en 24 heures et par fraction de 0,25 c. g.

Enfin, en troisième lieu, vient le sulfate neutre de quinine, assez mal digéré généralement et moins efficace contre les fièvres.

Les sels de quinine sont fort utiles contre les fièvres paludéennes de tous les pays et de plus ils constituent, d'après M. Laveran, des remèdes prophylactiques souverains : il ne faut pas craindre d'en administrer à dose de 0,75 à 0,80 centigrammes par jour dans les pays palustres, afin de prévenir l'infection du sang par l'hématozoaire du paludisme. Bien entendu, cette dose prophylactique devra être continuée pendant les deux premiers mois au moins de l'acclimatement au pays et accompagnée de mesures sévères d'hygiène : nourriture copieuse, absence de fatigues et d'excès, boissons saines et *peu* alcooliques, enfin abstention de marches et de promenades en plein soleil et au moment du coucher du soleil.

La quinine et ses sels, sans être des spécifiques, sont néanmoins d'excellents médicaments contre *l'influenza*, et comme curateurs, et comme prophylactiques.

En leur qualité d'antiseptiques et de parasiticides, ils influencent le germe de la grippe et font baisser notablement la température.

Enfin, ils font office de toniques à condition d'être bien supportés par l'estomac. Du reste, nous engageons à donner aussi dans la grippe le chlorhydro-sulfate de quinine en injections hypodermiques ; c'est bien préférable à l'emploi du sulfate en cachets. Les doses varient entre 0,25 et 0,50 c. g. chez l'enfant, 0,75 à 1,50 chez l'adulte.

En ce qui concerne la *fièvre typhoïde*, les sels de quinine paraissent exercer une heureuse influence comme antiseptiques internes et parasiticides ; mais, ils ont peu d'effet contre l'hyper-

thermie ; il en est de même dans le typhus, la pneumonie, la scarlatine, la fièvre puerpérale : pour ces maladies, le véritable antithermique, c'est le BAIN FROID.

On a vanté à tort l'action antipurulente des sels de quininine : c'est un leurre.

Enfin toutes les névralgies et migraines, dont l'origine peut être attribuée au paludisme, principalement, si elles affectent une allure périodique, sont guéries par les sels de quinine. et spécialement par le *valériarate de quinine* à la dose de 0,10 à 0,20 centig. chez l'enfant, de 0,50 à 1 gram. chez l'adulte, par prises de 0,10 centigrammes.

L'action de ralentissement des oxydations a été mise à profit par les thérapeutes pour combattre les combustions et oxydations intensives du diabète sucré. M. le Dr Worms, entre autres, emploie avec succès le sulfate de quinine à doses fractionnées et longtemps continuées chez les diabétiques à amaigrissement très prononcé et à évolution lente : la production du sucre est notablement diminuée et l'état général singulièrement tonifié et soutenu par l'usage de vingt-cinq à trente centigrammes de sulfate de quinine en fractions de 0,10 centigr. toutes les deux heures, chaque jour, pendant plusieurs mois.

Nous n'avons pas parlé des applications thérapeutiques de la cinchonine, de la *cinchonidine* et de *la quinidine*, car elles sont fort rares. Ces alcaloïdes sont convulsivants et plus toxiques que la quinine. Laborde a proposé la cinchonine comme succédané de la strychnine.

Enfin, disons que la *quinoïdine*, quelquefois employée comme tonique, est un mélange mal titré de quinine, de *cinchonine* et de matières résineuses, retiré des eaux-mères du sulfate de quinine.

Les empoisonnements par les sels de quinine sont assez rares ; ils se manifestent par des vomissements, de la diarrhée, du délire, de l'hémoglobinurie, parfois des érythèmes dits quiniques, enfin du collapsus.

Ces différents accidents peuvent être isolés, ou au contraire, associés. Pour lutter contre l'intoxication par la quinine, voici les divers moyens proposés : Vomitifs. Chaleur. Sinapisation. Frictions. Boissons stimulantes alcooliques. Ether chlorhydrique, deux grammes dans de l'eau. Lavements laudanisés. Injections de morphine. L'opium est le véritable antidote de l'intoxication quinique.

Teinture de belladone XX gouttes ou injection d'1 milligramme de sulfate d'atropine. La respiration artificielle et les tractions rhythmées linguales constituent la dernière ressource à employer. Dr PAUL HUGUENIN.

FAITS CLINIQUES

Le vésicatoire.

Cas particuliers de son emploi. — Utilité de la révulsion sur la région hépatique, dans le cas de complication liée à l'existence d'une maladie du foie.

Voilà bientôt 25 ans qu'élevé à l'école du doute thérapeutique du professeur Lorain, nous entendions tous les jours notre maître regretté, nous lancer ses diatribes contre les agents thérapeutiques, et notamment le vésicatoire. « Je ne crois qu'aux spécifiques, disait-il ; donnez-moi des spécifiques et je vous ferai de la thérapeutique. » Et il tonnait contre le *post hoc ergo propter hoc*. — « Comment est-il possible qu'un vésicatoire guérisse une pleurésie, une congestion pulmonaire ? La sérosité des ampoules est albumineuse comme le liquide pleurétique, c'est vrai, mais elle est aussi de même composition que le sérum du sang ; alors qui m'expliquera par quel mécanisme cette sérosité est soustraite à la totalité de l'épanchement pleurétique, et non directement au sérum sanguin ? C'est donc du sérum sanguin, ni plus ni moins ; analysez-moi ça, n'est-ce pas Magnier ? disait-il en s'adressant au distingué chimiste d'aujourd'hui, Monsieur Magnier de la Source. Et Monsieur Magnier de la Source pour la centième fois répondait : c'est analysé, c'est bien du sérum sanguin ! — Eh bien ! quelle modification cette soustraction du sérum sanguin, par le vésicatoire, peut-elle apporter à l'évolution d'une maladie quelconque ? c'est de l'ineptie de croire à l'effet d'un vésicatoire ! etc. »

C'était une erreur de Lorain. Son bon sens habituel était en défaut. Cela n'enlevait rien à ses brillantes qualités, mais combien c'était décourageant pour les jeunes gens, qui, le lendemain, allaient se trouver aux prises avec les difficultés de la pratique médicale ?— Sans doute, il faut croire aux spécifiques, mais la liste des spécifiques est bien courte et ne s'allonge que bien lentement ; alors, se croiser les bras, faire de l'expectation ? C'est beau en théorie, mais désastreux en pratique. — Nous avons subi l'influence du maître ; le doute a envahi notre esprit et nous n'en sommes peut-être encore point entièrement dégagé, quoique nous pensions être revenu de bien des erreurs. Et le doute thérapeutique existe encore aujourd'hui. Il est professé toujours : ce n'est pas la critique, mais la négation des effets des principaux agents thérapeutiques qui a cours. Ces théories séduisantes et paraissant dans le mouvement général des idées fin de siècle, finissent en somme par décourager les jeunes générations, qui abandonnent, de parti pris, l'étude de la thérapeutique. Il n'est pas bon, croyons-nous, de laisser pénétrer ces idées dans l'esprit de futurs médecins. C'est du temps perdu que de laisser ceux-ci acquérir seuls et livrés à eux-mêmes, une expérience personnelle et de ne pas les faire bénéficier de l'expérience des autres. Voilà longtemps que nous sommes revenu de nos premières idées et nous nous en estimons très heureux pour nous, et pour les malades.

Nous ne voulons point chercher à réhabiliter le vésicatoire, nous ne voulons faire ni son histoire, ni son procès, ni citer tous les cas où il peut être employé, ni chercher à expliquer son action. Nous voulons tout simplement envisager quelques points de vue de son emploi et démontrer qu'il rend des services.

Nous n'entendons parler que du vésicatoire cantharidien, le plus usité. Les autres agents vésicants inorganiques (comme la chaleur et l'ammoniaque) ou végétaux (clématite, croton) sont d'un emploi moins commode, moins sûr, tout en ayant leurs indications spéciales pourtant, mais rares.

Nous rappellerons que l'action physiologique du vésicatoire est locale et générale. Locale, elle

provoque de la congestion, là où elle s'exerce, en décongestionnant ou anémiant certaines régions du voisinage. De là le choix judicieux de l'endroit où il faut l'appliquer. Générale, l'action physiologique amène une sédation de la douleur et un abaissement de la température, d'après certains auteurs. Cet abaissement thermique se produirait 24 heures environ après l'application.

Besnier, Chomel, Gubler, Gendron, Andral, Louis recommandent d'appliquer les vésicatoires au début du mal, non point au-dessus du siège inflammatoire, mais un peu à côté. C'est à ce moment que son action est la plus manifeste, — que de fois le praticien a fait la remarque de ces grands cliniciens ? Nous ne voulons pas dire qu'un vésicatoire peut juguler une pleurésie, une congestion pulmonaire, une pneumonie, non ; mais nous remarquons tous les jours, chez les enfants surtout, où la vascularisation est si active et les réflexes si prompts, qu'un état fébrile grave, que des accidents pulmonaires sérieux et menaçants, sont atténués, arrêtés même, 24 heures après l'application d'un vésicatoire *dès le début*, sans compter l'effet bienfaisant produit sur l'élément douleur, ce qui n'est pas sans importance. — Un malade pneumonique, pleurétique ou autre, se plaint-il d'un point de côté, d'une douleur plus ou moins névralgique ? On appliquera un vésicatoire. Lorsqu'à la visite du lendemain le malade, joyeux et reconnaissant, déclarera que son point a disparu, que sa douleur s'est évanouie (nous ne le lui faisons pourtant point dire) nous serons bien obligés de nous incliner devant le *fait*, plus ou moins explicable c'est possible, mais incontestable. Et nous sommes, nous aussi, satisfaits du résultat.

Autrefois Lorain n'était pas le seul adversaire du vésicatoire, ou plutôt de la méthode révulsive. Maurice Raynaud lui a fait également une guerre acharnée, et tout cela parce que l'action physiologique du vésicatoire est inexplicable. Et pourtant, que de faits en médecine ne sont point explicables et que pourtant l'on ne peut nier ! C'est donc parce que l'on ne saurait fournir d'explications qu'il faudrait laisser souffrir le malade et repousser une action thérapeutique à résultats certains ? Il n'y a scepticisme qui tienne devant le fait avoué par les intéressés. Faudrait-il renoncer au mercure, au sulfate de quinine, au salicylate de soude, à l'opium, à l'antipyrine, etc., parce que nous ignorons le comment et le pourquoi de leur action ?...

Mais nous avons dit que nous ne voulions pas réhabiliter le vésicatoire. Il n'en a pas besoin. C'est un agent qu'il ne faut pas négliger, car c'est un agent utile. Nous prenons d'autant plus son parti, que sous l'influence des idées premières, nous regrettons de l'avoir négligé pendant quelques années, au début de notre pratique. Mais il n'est jamais trop tard pour confesser des erreurs et faire amende honorable. Et puis des maîtres tels que ceux que nous avons cités et qui préconisent le vésicatoire, — Dauvergne lui-même un de ses tièdes partisans, qui admet son action dans les névralgies, — Pidoux qui faisait faire une cure de vésicatoires aux tuberculeux, — Peter qui l'employait contre les congestions hyperhémiques des poumons au début, — sont des hommes dont l'avis doit avoir quelque valeur.

Employons donc le vésicatoire, dans les cas si nombreux que tout médecin connaît, où l'on est en droit d'attendre de bons effets de son action (début des maladies inflammatoires, point de côté, douleurs névralgiques, tuberculose, période de résolution quand elle est lente, etc.). Evitons son emploi dans les cas où il pourrait être dangereux ou inutile (anasarque — quoique dans certains cas... mais nous reviendrons sur ce chapitre — néphrites, diphtérie, bronchites grippales, susceptibilités individuelles, pneumonies infectieuses, etc.), et passons à l'examen de certains cas particuliers aux lésions (épistaxis, flux hémorrhoïdaire, érysipèle, etc.), qui sont modifiées ou guéries par une révulsion à l'aide d'un vésicatoire sur la région hépatique.

Nous avons bien souvent entendu Verneuil recommander l'application d'un vésicatoire sur le foie pour arrêter certaines épistaxis.

Dans le *Bulletin médical* du 27 avril 1887 on trouve la relation d'un travail de Verneuil sur le traitement d'épistaxis rebelles avec 3 observations intéressantes dont voici le sommaire :

1° Epistaxis à forme intense, probablement symptomatique d'une cirrhose du foie ; insuccès du sulfate de quinine, de l'ergotine et de la digitale. Guérison prompte par l'application d'un vésicatoire sur la région hypochondriaque droite.

2° Epistaxis traumatique. Persistance de l'hémorrhagie et résistance à la médication interne et mécanique. Guérison rapide à la suite d'un vésicatoire volant sur le foie.

3° Epistaxis à répétition chez un sujet atteint d'une ancienne néphrite, d'une affection du cœur, d'une congestion du foie. Insuccès du tamponnement, de l'ergotine, de l'eau de Léchelle, du perchlorure de fer, etc. Guérison immédiate par le sulfate de quinine et un large vésicatoire sur l'hypochondre droit.

Ont pris part à la discussion de ces observations : Verneuil, Colin, Dujardin-Beaumetz. Cette discussion n'élucide rien, mais les faits sont là, et Verneuil a raison. Ce qui en résulte, c'est qu'il serait important de connaître le lieu d'élection d'application d'un vésicatoire pour chaque hémorrhagie. — C'est le foie pour les épistaxis. Pour certaines métrites dépendant de l'ovarite chronique, l'application au-dessus de l'arcade crurale est efficace. Voici, d'ailleurs, les conclusions de Verneuil :

1° Les affections latentes et encore bénignes du foie peuvent provoquer ou entretenir des épistaxis rebelles.

2° La révulsion obtenue à l'aide d'un large vésicatoire sur l'hypochondre droit paraît le meilleur moyen de guérir les hémorrhagies de ce genre.

Le 11 septembre 1887, dans le *Bulletin médical*, Verneuil cite un cas de syphilis avec dyscrasie biliaire aggravant un érysipèle de la face intercurrent. L'application d'un vésicatoire arrête la fièvre et la marche envahissante de l'érysipèle. — Notre Observ. I, relatée plus loin, est bien du même genre.

Au Congrès de Dublin de 1887, Alexandre Harkin a lu un travail sur le même sujet. D'après lui (V. *Bulletin médical* du 11 septembre 1887) l'épistaxis est un accident qui ressort de la chirurgie et de la médecine. Il reconnaît, en effet, tantôt une origine néoplasique ou traumatique

et cède aux agents styptiques ou mécaniques ; tantôt il est sous la dépendance d'une dyscrasie et s'améliore par des médicaments généraux. — Dans ce dernier cas l'épistaxis se présente comme symptôme d'affection cardiaque, hépatique, rénale ou fébrile, et dans certains cas de rhumatisme aigu, avec endocardite prononcée, ou d'hypertrophie du ventricule gauche. Il envisage l'épistaxis liée aux altérations du sang résultant d'une maladie du foie. La dyscrasie sanguine est la conséquence des troubles du foie et il emploie, dans ce cas, le chlorate de potasse qui modère et fait disparaître l'état congestif du foie. Le chlorate de potasse, joint à *des révulsifs énergiques* sur le foie, fait peu à peu reprendre ses fonctions à celui-ci. Cette médication est utile dans les hémophilies qu'elle a guéries quelquefois.

Nous nous en tiendrons donc aux conclusions du travail de Verneuil citées plus haut.

Nous donnons la relation de cinq observations personnelles qui viennent à l'appui de cette thèse suffisamment bien établie aujourd'hui, et connue de tous les médecins.

Ces faits, à l'actif du vésicatoire, ne sont point pour diminuer ses mérites.

Observation I. — *Complications pulmonaires et abdominales graves, liées à l'existence d'une affection cardio-hépatique. — Guérison des complications à la suite de l'application de deux vésicatoires successifs à la région hypochondriaque droite.*

Madame veuve S..., 63 ans, rue P..., à Ivry, a eu des rhumatismes articulaires il y a 15 ans. (Nous sommes en janvier 1887.) Depuis cette crise elle a eu des rhumatismes chroniques, avec luxation spontanée radio-carpienne à droite, et en outre des hémorrhoïdes. — Phénomènes pathologiques cardiaques du côté de la valvule mitrale, insuffisante. Œdème malléolaire de temps à autre, surtout en mars 1887. — En juin 1887, nouvel œdème malgré le repos absolu au lit. Surviennent du météorisme abdominal, des douleurs intestinales avec violentes coliques, la teinte sub-ictérique des conjonctives et de la peau. Ensuite affaissement, inappétence, douleurs dans la région épigastrique et dans toute la région de l'hypochondre droit, un peu d'ascite. — Le 20 août, gonflement énorme du foie. On pense à une affection organique. Pourtant l'œdème et l'ascite disparaissent. M. Hanot diagnostique, avec la grande compétence qu'on lui connaît, une *cardio-hépatite* chez une ancienne rhumatisante. Il fait ses réserves, mais pense qu'il y aura de l'amélioration sans donner néanmoins beaucoup d'espoir, et malgré le volume, la dureté du foie et l'état général de la malade, il abandonne l'idée d'affection organique, qu'il est d'ailleurs si difficile de diagnostiquer quand il s'agit du foie. — Vers le 30 août, le foie est bosselé, les coliques intestinales et les douleurs dans l'hypochondre droit, la région épigastrique, l'abdomen et même l'hypochondre gauche deviennent intolérables ; insomnie. On avait donné un peu de digitale, un peu d'alcool et suivi le régime lacté. A ce moment 39°5, quelques râles de congestion pulmonaire hypostatique, langue sèche. A deux jours d'intervalle nous appliquons, sur le foie, deux vésicatoires volants de 6 sur 8 centimètres, et nous donnons des laxatifs. Alors les selles qui au commencement d'août, étaient liquides et cendrées, puis étaient ensuite devenues liquides et bilieuses, deviennent enfin normales, quoique peu colorées, après évacuation d'une *énorme quantité* de matières fécales. La langue se nettoie et les douleurs abdominales et autres disparaissent comme par enchantement. L'appétit et les forces reviennent, et vers la fin de septembre l'état général est très satisfaisant.

Cette femme, a succombé environ un an après, à de nouveaux phénomènes hépatiques très probablement d'origine organique.

Observation II. — *Hémorrhagies gastro-intestinales d'origine hépatique. Large vésicatoire à la région hypochondriaque droite. Sédation passagère. Insuccès inévitable devant la nature et la gravité des accidents.*

B... (Arthur), 36 ans, rue V. H., 5, marchand de vins, Ivry. Cirrhose alcoolique. Depuis quelques années, a des épistaxis abondantes, dont il ne se préoccupe pas, car il se trouve bien portant. Nous sommes appelé auprès de lui dans la nuit, vers 5 h. du matin, le 25 octobre 1894, pour des vomissements très abondants de sang rutilant, écumeux. Rien à l'auscultation, mais la région hépatique est énormément gonflée et très douloureuse. Malaises, oppression, anxiété. — Glace, ergotine, digitale, etc., puis large vésicatoire le soir sur la région hépatique. Amélioration le matin du 26 octobre. Le malade rend des mucosités très abondantes, sanguinolentes seulement. A midi, vomissement d'un demi-litre de sang caillebôté. On continue le traitement. Amélioration l'après-midi, mais à 4 heures du soir, vomissements et selles sanglants. Mort à 4 heures et demie (1).

Observation III. — *Ménopause. — Epistaxis compensatrices à répétition, plusieurs fois arrêtées net par un vésicatoire sur la région hépatique.*

Madame P..., rue R...., 5, à Ivry, 45 ans. Pendant les années 1891-1894 était prise de saignements de nez très abondants tous les mois, puis tous les deux ou trois mois, à peu près à l'époque où devaient apparaître les règles. Ces saignements de nez, malgré les moyens ordinaires employés pour les arrêter, duraient quelquefois plusieurs jours et rendaient l'existence de cette personne très pénible, tout en l'affaiblissant *beaucoup*. La révulsion par les vésicatoires a donné d'excellents résultats et abrégé les écoulements sanguins du nez qu'elle arrêtait presque toujours rapidement.

Observation IV. — *Coliques hépatiques. — Epistaxis fréquentes et rebelles. — Echec des moyens. — Vésicatoires : arrêt.*

Madame L.., rue M...., 59 Ivry, 50, ans en 1888, a des coliques hépatiques depuis 1885. Plusieurs saisons à Vichy, ont produit une amélioration notable dans son état, mais une cirrhose alcoolique compliquant sa situation et le régime n'étant pas suivi, cette malade est morte en mars 1891. — Pendant l'année 1888 notamment, cette

(1) Cette observation n'a rien de probant en ce qui concerne notre thèse. Nous l'avons publiée à cause de la rapidité de la mort survenue chez un alcoolique jeune.

malade a eu des épistaxis très fréquentes, très abondantes, très rebelles, qui nous ont donné l'idée devant l'échec des moyens simples, de l'emploi des vésicatoires sur la région hépatique. Cette révulsion a été employée environ dix fois. Trois fois, l'effet a été pour ainsi dire instantané. Les autres applications ont été suivies d'un résultat moins prompt, mais néanmoins très appréciable. Quelquefois l'amélioration ne se maintenait que pendant quelques jours seulement.

Observation V. — *Hépatisme. — Epistaxis. — Vésicatoire : arrêt.*

Madame J..., boulevard S., Ivry, 58 ans. Hépatisme, gastralgie, ictère léger. Soignée par le docteur Grellety à Vichy en 1894 et 1895. En 1895 n'a fait qu'une saison incomplète à la suite d'incidents de famille graves, survenus à Vichy même. Les tracas occasionnés par ces incidents ont rappelé la congestion hépatique, diminué les forces et favorisé l'éclosion d'une grippe. Pour la première fois de la vie cette personne saigne abondamment du nez. Le 2e jour, l'écoulement sanguin reparaissant à chaque instant, application d'un vésicatoire sur la région hépatique. Arrêt immédiat des épistaxis, amélioration de l'état général, puis guérison.

Docteur Courgey.

CLINIQUE RHINOLOGIQUE

L'éperon de la cloison des fosses nasales.

Il est rare de rencontrer une cloison absolument plane et chez presque tous les sujets, elle présente des irrégularités de courbure et d'épaisseur sans importance et normales lorsqu'elles sont légères, pathologiques au contraire, lorsqu'elles acquièrent une certaine dimension.

L'éperon est un épaississement partiel de la cloison se développant, le plus souvent, dans une fosse nasale. C'est une tumeur plus ou moins volumineuse, plus ou moins pyramidale, que l'on aperçoit facilement en éclairant les cavités nasales au travers du spéculum ou même parfois en relevant fortement le lobule du nez.

Le diagnostic en est aisé, et une saillie dure faisant corps avec la cloison, facilement visible même pour un œil peu exercé, puisque elle est presque toujours peu profonde, ne sera confondue avec aucune autre lésion. Cependant, il faudra s'assurer que du côté opposé la cloison est plane et non concave et déprimée, car alors, on aurait à faire à une déviation simple du septum et on courrait risque, en intervenant, de produire une perforation de cet organe.

Avec son apparence bon enfant l'éperon peut entraîner des désordres assez sérieux qui souvent, pour le médecin non prévenu, n'attirent pas immédiatement l'attention du côté du nez. On peut être en présence de migraine, de toux rebelle, d'accès épileptiformes ou hystériformes, d'origine nasale, ce qui, dès l'abord, paraît bien extraordinaire. En réalité, ces phénomènes sont beaucoup plus communs qu'on ne le pense, ce sont de ces réflexes dont les fosses nasales sont coutumières, et quoique les causes des céphalées, de la toux quinteuse, des crises épileptiformes soient nombreuses et variées, le praticien, en présence d'une de ces affections rebelles à la thérapeutique ordinaire fera de la bonne clinique, en pensant à l'éperon de la cloison, et en examinant les fosses nasales de son malade. Pour notre part, nous avons vu disparaître rapidement dans une ablation récente d'un éperon, une toux quinteuse, et une dyspnée qui avaient résisté à tous les calmants, et dans notre travail inaugural, nous avons cité une malade atteinte de névralgie faciale chez laquelle les crises douloureuses cédèrent à l'exerèse d'une de ces tumeurs.

Le traitement de cette affection est simple : il faut détruire l'éperon. Les procédés opératoires proposés sont nombreux, mais nous n'indiquerons que les deux méthodes les plus courantes, celles qui exigent le moins d'instruments spéciaux, la scie à main de Bosworth et l'électrolyse.

La scie de Bosworth est une scie à dentelures placées sur le bord inférieur ou supérieur suivant que l'on veut scier de haut en bas ou de bas en haut ; la lame forme un angle obtus avec son manche. Après anesthésie à la cocaïne (par simple attouchement avec une solution de cocaïne à 1/5), on introduit la scie sur l'une des extrémités de l'éperon, à sa base d'implantation, et on exerce des mouvements alternatifs d'avant en arrière et d'arrière en avant, pour saper la tumeur qui finit par tomber. On sectionne ses dernières adhérences avec des ciseaux appropriés et on introduit comme pansement une mèche de gaze à l'iodoforme.

L'électrolyse demande : un générateur d'électricité (pile ou accumulateur), un galvanomètre et des aiguilles en acier de préférence, à cause de la résistance de ce métal. Quant à l'opération elle est relativement simple. L'opérateur ayant déterminé de quelle profondeur les électrodes doivent être enfoncées, prépare un tube mince de caoutchouc (un petit drain par exemple) destiné à être glissé sur la partie non utile de l'aiguille et à l'isoler ainsi des tissus voisins qu'elle pourrait entamer par un contact inopportun. Alors, après un attouchement à la cocaïne, les aiguilles sont implantées dans la masse à détruire, parallèlement à la cloison. L'espace de cloison compris entre les deux électrodes étant destiné à être détruit, l'opérateur doit bien choisir les points sur lesquels porteront les piqûres. On ferme alors le circuit et on augmente peu à peu et doucement l'intensité du courant en ajoutant successivement de nouveaux éléments; on évite ainsi les variations brusques d'intensité.

En moyenne, le courant doit être établi pendant 5 à 10 minutes, et son intensité variera de 10 à 15 milliampères, quoique on soit allé bien au delà.

La séance électrolytique terminée, on redescend graduellement au zéro, on enlève les aiguilles en prenant quelques précautions pour l'électrode positive un peu plus adhérente que la négative. On déterge la muqueuse toujours recouverte de détritus et de bulles gazeuses, au niveau des points où les aiguilles étaient enfoncées. L'escharre met une quinzaine de jours en moyenne à tomber, et, sa chute effectuée, on répète, s'il y a lieu l'intervention.

Dr P. Lacroix.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Exercice de la pharmacie par les médecins.

Nous recevons d'un de nos confrères la lettre ci-dessous :

Nous sommes deux médecins dans la localité qui n'en comporte qu'un ; mon confrère est venu s'y installer, en 1889, dans un but politique et a essayé, par tous les moyens, de me faire quitter le pays où je réside depuis 1885.

L'an dernier un pharmacien s'est présenté pour s'installer dans ce chef-lieu de canton. Pour ma part, je l'en ai dissuadé et je lui ai démontré, preuves en main, que la population ne comportait pas un pharmacien.

Ce dernier a tenu quand même à ouvrir une officine. J'ai dû m'incliner devant la loi, d'autant plus que je suis chargé de l'inspection des pharmacies et je n'ai plus délivré de médicaments à mes malades ; je les ai tous adressés au pharmacien.

Mais mon confrère, qui est maire et conseiller général, s'est mis au-dessus de la loi, il fait de la pharmacie quand même et en délivre, chez lui, aux malades qui vont le consulter.

De plus, le pharmacien se refuse à l'attaquer et à le poursuivre parce qu'il en a peur.

Ce dernier ne vit que des ordonnances que je lui envoie ; il a le tort de faire payer ses médicaments très cher.

Il en résulte : 1° que mes clients crient contre ces prix élevés et que je suis exposé à les voir me quitter ; 2° que mon confrère, faisant de la pharmacie, peut faire payer ses visites et médicaments un prix plus modéré. Dans cette occurence que faire ?

Ne plus envoyer d'ordonnance au pharmacien et le prévenir que je ferai de la pharmacie s'il n'oblige pas mon confrère à se mettre en règle avec la loi ?

Je suis fort embarrassé.

Veuillez agréer, etc...

D^r X.

Les deux confrères en présence, dans ce cas intéressant, sont l'un et l'autre membres du Syndicat départemental. Il appartient donc, à celui-ci, d'instruire l'affaire, sur la plainte de l'une des parties, et de rendre une sentence qui devra être exécutée.

Nous voyons bien, qu'au point de vue pécuniaire, c'est le pharmacien surtout qui gagnera à la solution du différend.

Mais les deux médecins auront bien aussi quelque bénéfice à retirer d'un retour à l'attitude correcte, qui rétablira entre eux la concurrence loyale à armes égales, en écartant le soupçon d'exploitation de la santé publique par l'abus de mandats électifs qui n'ont rien à voir dans la question.

Assistance médicale gratuite.

En réponse à nos observations du n° 15 du *Concours*, au sujet de l'exagération des honoraires en matière d'assistance médicale gratuite, nous recevons du D^r B*** la lettre suivante :

Josnes, le 12 avril 1896.

Très honoré confrère,

J'ai lu avec d'autant plus d'intérêt les objections du « *Concours Médical* » que, loin de démontrer ce qu'il appelle « mon erreur », elles s'accordent à me donner pleinement raison.

Il fallait, me dit-il, en référer à la Commission d'Assistance médicale gratuite de la commune. — Je l'ai si bien compris, et je m'attendais tellement à ce qui arrive aujourd'hui que, dès le mois de juin, j'ai sollicité une séance extraordinaire de cette commission, afin de lui exposer la situation. La séance eut lieu et il y fut décidé : 1° qu'on réduirait *de 140 à 36* (!) le nombre des assistés ; 2° que, pour la femme M... en particulier, on demanderait avis en haut lieu sur le parti à prendre. Que se passa-t-il dans la suite ? Je n'ai point à l'apprécier. Toujours est-il que la décision sollicitée ne fut prise *qu'à la fin de l'année*. Elle concluait à l'envoi de la femme M. à l'hôpital. Je me chargeai moi-même de faire part de la nouvelle à ma malade. Elle refusa catégoriquement de quitter son domicile. Une démarche semblable du maire de la commune n'eut pas plus de succès. Cependant, considérant alors ma responsabilité comme suffisamment dégagée, je suspendis mes visites.

Voilà exactement comment les choses se sont passées. Après cela, vous conviendrez, je pense, que, si, comme vous le dites fort bien, *c'est moi qui paie et qui paie cher l'erreur*, ce n'est pas moi qui l'ai faite.

Et voilà pourquoi je me crois en droit de protester, non pas contre la loi sur l'assistance médicale gratuite, que je considère en elle-même comme une excellente chose, mais contre la façon dont on l'applique.

Quant à savoir si la femme M. n'a pas été utilement soignée chez elle, rien ne me semble moins démontré. Dans le cas présent, il s'agissait en effet bien moins d'obtenir une guérison (à peu près impossible à mon sens), que de lutter contre les accidents multiples qui mettaient, chaque jour, la vie de la malade en danger (intolérance gastrique absolue, vomissements de sang incoercibles, pouvant amener la mort en syncope, rétention fécale, capable de provoquer une péritonite ou une rupture intestinale, etc.).

Du reste on m'accordera bien que le séjour dans une salle d'hôpital est loin de constituer, pour une hystérique, l'idéal du traitement, et pour ma part, c'est une solution que je n'aurais même pas osé proposer.

Et enfin, à supposer que la décision fût arrivée plutôt, à supposer que la malade eût consenti à s'y soumettre, l'économie réalisée par le budget de l'assistance médicale gratuite (au grand détriment de la malade, je ne crains pas de le dire) cette économie dis-je, eût-elle été bien sensible et n'aurait-il pas toujours fallu payer le séjour hospitalier de la femme M. ?

Vous voudrez bien, très honoré confrère, accorder encore, dans le « *Concours* » une petite place aux lignes qui précèdent, afin que l'édification des confrères sur le cas qui me concerne soit plus complète.

Agréez, monsieur, avec mes nouveaux remerciements, l'expression de mes sentiments confraternels,

Dr E. Baudron,
de Josnes.

Les médecins navigants, vis-à-vis du règlement sanitaire maritime.

Nos Compagnies de navigation confiaient, depuis nombre d'années, le service médical de leurs navires à des confrères, officiers de santé ou docteurs, qui s'acquittaient parfaitement de leur rôle.

Si des fautes furent commises, en matière d'hygiène navale ou de prophylaxie internationale, à bord de ces bâtiments, nous savons, de source certaine, quels en furent les coupables.

La responsabilité en revenait le plus souvent à l'administration des Compagnies, parfois aux commandants, jamais aux médecins.

Ceux-ci étaient considérés comme des gêneurs, imposés par manière de formalité. On recueillait leur avis, on s'appuyait sur leur compétence quand les intérêts commerciaux avaient à y gagner : mais si ces malheureux s'avisaient de prendre au sérieux leurs attributions, jusqu'à traver-

ser les projets des agents directeurs, sous prétexte d'hygiène ou de police sanitaire bien entendue, leur compte était vite réglé. Malmenés à bord, blâmés au retour, par des gens d'ailleurs absolument incompétents, ils devaient éviter la récidive, sous peine de se faire casser aux gages.

Si l'on devait, par conséquent, avoir en haut lieu une crainte sérieuse au sujet des conséquences de cette situation fâcheuse, le remède aussi devait paraître tout indiqué.

Celui-ci consistait, n'est-ce pas, à donner aux médecins navigants la plus grande somme d'indépendance, compatible avec la discipline. Il fallait donc leur faire assurer, par contrat prolongé, une solde convenable à bord et à terre avec tout le confortable et les égards dus à des gens d'un niveau moral plus élevé que celui des personnes qui les entourent, et à des hommes qui, en définitive, représentent l'État dans un de ses plus beaux rôles, celui de protecteur de la santé. Il fallait les soumettre, en cas de faute, non pas à la rancune des compagnies, mais à la juridiction du conseil supérieur d'hygiène, seul qualifié pour les punir et les révoquer.

Et alors on les eût écoutés ; et aucune défaillance de leur part n'eût été à craindre ; et le but recherché eût été atteint.

Au lieu de cela que vient-on de faire ?

1° Tout d'abord, quand la loi Chevandier prononce l'égalité de droits entre les officiers de santé existants et les docteurs en médecine, le gouvernement, lui, s'empresse d'interdire aux premiers de continuer leurs services à la navigation. Cet illogisme enlève le pain à un grand nombre de nos confrères qui avaient fait choix de cette carrière et n'en peuvent changer sans grave préjudice.

Ne pouvait-on du moins procéder par voie d'extinction ?

2° On impose, aux docteurs en médecine conservés, la nécessité de subir à une date fixe, un examen spécial, qui, s'il est sérieux (et je pense qu'en ces matières on doit parler sérieusement ou ne rien dire), exige bien un mois ou deux de préparation, dans une Faculté possédant les moyens d'enseignements indispensables.

Mais qui va les remplacer pendant ce temps ? Qui va les indemniser du temps passé à ces études, des frais qu'elles entraînent ? Et comment feront ceux qui sont absents et trouveront à leur retour le cadre rempli ? Il semble qu'on n'ait pas prévu tout cela.

3° On n'a rien fait pour augmenter l'indépendance des médecins que l'on va inscrire au tableau, ni pour faciliter leur mission, et la rendre efficace. Supposons, en effet, que les futurs commissionnés soient plus savants après le susdit examen, y auront-ils gagné quelque autorité et quelque influence ? Auraient-ils tout le savoir d'un Napias ou d'un Rochard, s'ils n'en ont pas la situation et les relations, nous les mettons au défi d'imposer à une compagnie récalcitrante, telle mesure qui lésera ses intérêts.

C'est pourquoi nous n'hésitons pas à conclure qu'il y a eu maldonne dans le nouveau règlement de police sanitaire maritime.

On devait apporter quelques restrictions aux dangereuses libertés que s'octroient les compagnies de navigation ; on a préféré, comme toujours, s'attaquer à celle de leurs médecins, comme s'ils étaient vraiment responsables du fâcheux état de choses que l'on cherche à faire disparaître.

Il n'y aura rien de changé dans les vieux errements, mais quelques douzaines de médecins sur le pavé.

Ce n'est pas ce que l'on a voulu.

Le titre III du fameux règlement est à refaire.

H. J.

REPORTAGE MÉDICAL

Nous apprenons avec douleur la mort du regretté Dr *Constantin Paul*, officier de la Légion d'honneur, membre de l'Académie de médecine, décédé à l'âge de 62 ans, d'une affection du cœur. Encore un malheureux confrère qui meurt précisément d'une maladie dont il avait fait pendant toute sa vie son étude de prédilection. Le Traité des maladies du cœur de C. Paul fait époque dans la science.

— *Les futures Universités.* — Voici les recettes personnelles qu'encaisseraient les futures Universités, en supposant la permanence des recettes actuelles, qui augmenteront probablement plutôt que de rester stationnaires.

Paris, 646,000 fr. par an ; Dijon, 131,000 fr. ; Lyon, 128,000 fr. ; Bordeaux, 105,000 fr. ; Montpellier, 85,000 r. ; Lille, 83,000 fr. : Toulouse, 42,000 fr. ; Nancy, 41,000 fr. ; Rennes, 27,000 fr. ; Aix, 26,000 fr. : Poitiers, 20,000 fr. ; Caen, 19,000 fr. ; Grenoble, 16,000 fr.

D'où il suit que si certaines villes veulent figurer honorablement parmi les Universités, elles auront à s'imposer d'assez gros sacrifices.

(*Lyon médical.*)

— *Grave violation du secret professionnel.* — M. Playfair, le gynécologiste anglais, appelé à examiner une dame Kitson, trouva dans son utérus des débris placentaires. Rentré chez lui, il raconta à sa femme que cette cliente, dont le mari était absent depuis treize mois, avait fait une fausse couche récemment. — Mme Playfair s'empressa de prévenir du fait le beau-frère de Madame Kitson, qui supprima aussitôt la pension de 12.500 fr. par lui faite à cette dame en l'absence de son mari, pour élever ses enfants.

Madame Kitson, réduite à la misère, intenta un procès au docteur Playfair réclamant des dommages-intérêts pour son indiscretion : ce procès vient de se terminer.

Les débats ont mis en lumière des dessous très aggravants pour notre confrère. Le corps médical anglais, faisant remarquer que Madame Playfair était belle-sœur de Madame Kitson, et soupçonnant le docteur d'avoir voulu séparer les deux frères, afin de faire revenir à sa femme le patrimoine des Kitson, se montre très sévère à l'égard de l'indiscret, qui, en supposant que son allégation fût exacte (ce qui n'est pas démontré), devait toujours se taire.

Et on a été unanime à louer le tribunal qui a puni cette grave faute d'une condamnation à 300,000 francs d'amende.

Cependant la loi anglaise vise, non la violation du secret professionnel, mais le préjudice causé.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4086. — M. le docteur Legoupil, de Sainte-Marie-du-Mont (Manche), membre du Syndicat de l'arrondissement de Valognes et membre de l'Association des médecins de la Manche.

N° 4087. — M. le docteur Babin, de Triaucourt (Meuse), membre de l'Association des médecins de la Meuse.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année | N° 17 | 25 Avril 1896

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Société de protection des victimes du devoir médical.

Il y a quelques mois, le directeur du *Concours médical*, le Dr Cézilly, m'a prié d'accepter les fonctions de *Secrétaire général* de la Société de protection des victimes du devoir médical et de consacrer à sa prospérité une partie de mes loisirs d'hiver. C'est ce qui m'autorise à en parler aujourd'hui, bien que sa création remonte à 1887 ; elle a été un peu éclipsée par les autres œuvres du Concours et il n'est que juste de faire émerger de l'ombre cette modeste Cendrillon, qui ne manque pourtant pas d'attraits.

Composition du comité de patronage : Président : Théophile Roussel ; Vice-Présidents : Henri Monod, Franck-Chauveau ; Secrétaire général fondateur : Dr Cézilly ; Secrétaire général : Dr Grellety.

Membres : MM. Cuvinot, Farcy, Jules Steeg, Dr Brouardel, Dr Dujardin-Beaumetz, Dr Grancher, Dr Hyades, Léon Colin, Magnier, Nicolas, Dr Lereboullet, Dr Treille, Dr Laborde, Nocart, Dr Gibert, Dr Maurat, Chastaing, Trésorier.

La Société de protection a été fondée par le Concours médical en 1887. Les premiers dons qu'elle a reçus ont été ceux de la Société du Concours, qui a fait tous les frais d'étude et d'organisation (1901 fr.) et de M. le Dr Antony (de Guelma, Algérie), 100 fr. La première réunion du comité a eu lieu le 30 janvier 1888 et les statuts ont été rédigés par une commission composée de MM. Henri Monod, Jules Steeg, Lereboullet et Cézilly.

Le comité sollicitait et obtenait en 1889 et 1890 des souscriptions. M. Henri Monod procurait six mille francs du ministère de l'intérieur ; M. Nicolas, cinq cents francs du ministère du commerce ; M. le Dr Maurat, dix-sept cents francs, de divers membres de la famille de Rothschild.

Des allocations importantes étaient faites à la veuve du Dr *Ricordeau*, de Poitiers ; à Madame veuve *Le Goff* ; à Madame veuve *Mérandon*, à la famille du Dr *Piasecky*, du Havre, à celle du Dr *Gossard*, de Blangy et elle continuait des secours à Madame veuve *Mérandon*.

Le but de l'Association est de prêter un appui moral et matériel aux membres de la famille des médecins, morts dans une situation précaire, après s'être dévoués et distingués *d'une façon exceptionnelle*. Il s'agit de tendre une main secourable aux veuves et aux orphelins, de les suivre dans la vie, de faire appel à toutes les influences, pour leur procurer un gagne-pain, pour faciliter les études des jeunes gens et des jeunes filles, pour empêcher en un mot la misère et le désespoir de venir s'asseoir à leur foyer.

La pauvreté est d'autant plus cruelle à supporter dans les tristes intérieurs de nos confrères déshérités, beaucoup plus nombreux qu'on ne le croit généralement, que souvent ils ont commencé par jouir d'un bien-être relatif et qu'une certaine culture leur rend plus sensible la privation des joies les plus élémentaires de la vie. On ne peut entrevoir ce coin, si digne de pitié, de l'enfer social, sans être pris d'attendrissement.

Il est facile de dire qu'ils auraient pu faire des économies, en prévision des années de disette !

Hélas, l'effort individuel vers l'épargne, vers la sécurité, est difficile au plus grand nombre. Ceux qui voudraient pouvoir thésauriser, mettre quelque chose de côté pour leurs vieux jours, ne le peuvent souvent, alors qu'ils le souhaitent de tout cœur.

Aussi, leur disparition est doublement pénible ; aux larmes que leur perte fait verser, viennent s'ajouter les anxiétés du lendemain, d'un lendemain bien noir, sans aucune espérance en perspective.

Mais la chute dans le trou noir est encore plus terrible, lorsqu'elle est imprévue, en dehors des risques habituels, lorsqu'elle prend une allure tragique, par le fait de circonstances exceptionnelles, d'un dévouement dépassant la moyenne.

Rien de plus navrant que de voir un père de famille, traîtreusement frappé par la mort, dans la force de l'âge, alors que les siens auraient

encore un pressant besoin de lui. — Il est donc tout naturel, que différentes Sociétés se soient créées, pour venir en aide à de pareilles infortunes.

Récemment encore, le 2 février 1896, l'Assemblée générale de la Société centrale des médecins de France a élevé de 12 à 20 fr. le taux de la cotisation annuelle, afin de former une caisse de secours en faveur des veuves et des orphelins des sociétaires. On ne saurait trop louer cette sage résolution ; mais elle ne vise que les familles des sociétaires, tandis que notre but est de venir en aide indistinctement à toutes les infortunes, quelles qu'elles soient, avec moins de lenteurs que nos aînés, quelquefois même plus largement, comme cela a déjà eu lieu, à plusieurs reprises.

Donc, n'allez pas mettre en doute l'utilité de notre intervention, sous prétexte que l'Association générale a déjà charge d'âmes analogue et ne saurait faillir à ses devoirs. — Hélas, elle ne peut pas être universelle et ne saurait avoir réponse à tout, pas plus que la charité officielle, qu'elle s'appelle l'assistance publique, ou porte tout autre étiquette. Les unes comme les autres sont paperassières et formalistes, même lorsqu'il s'agit de nécessités pressantes ; elles auront toujours besoin d'être complétées et allégées, soit par la charité privée, soit par des institutions supplémentaires, comme la nôtre, laquelle ayant moins de rouages, étant plus simple d'allures, moins disposée à sacrifier à la forme, peut intervenir plus promptement ou combler des lacunes regrettables.

Quand même, il y aurait double emploi, il restera toujours assez à faire, et il y aura plus que jamais de la besogne pour toutes les bonnes volontés, en raison de l'encombrement continu de la profession.

On ne cesse de répéter que, dans notre beau pays de France, l'accroissement de la population laisse fort à désirer et ne cesse d'être en baisse. — Il n'en est pas de même dans notre corporation où les naissances l'emportent de beaucoup sur les décès. — On se plaint même amèrement de la prolificité médicale, car, pour un vétéran qui disparaît, vingt nouveaux surgissent.

Ce mal apparent serait peut-être un bien, si ces ouvriers de la dernière heure trouvaient assez de travail rémunérateur dans la vigne jadis cultivée et exploitée par un seul vigneron.

Il n'y aurait pas à se plaindre de voir les grosses prébendes disparaître, si l'éparpillement de l'héritage d'Alexandre servait à procurer le nécessaire à ses nombreux successeurs.

Mais, je le crains bien, il ne faut pas y compter ; le malaise actuel ne peut que s'accentuer, s'aggraver, et les anciens, loin d'encourager les nouveaux venus, ne doivent raisonnablement que leur montrer les déceptions à venir.

C'est cet avenir peu souriant qu'il faut savoir envisager de sang-froid, au lieu de se berner d'illusions ; c'est dès à présent, qu'il faut emmagasiner, en prévision des mauvais jours. Aussi, connaisssant l'importance des fonds de réserve, je me suis empressé de frapper à toutes les portes charitables, que je supposais susceptibles de s'ouvrir, afin d'augmenter notre budget, encore bien modeste. C'est avec reconnaissance que j'enregistre les dons suivants :

	Fr.
De la Compagnie fermière de Vichy......	500
M. Bertrand, 11, rue des Ecuries d'Artois..	100
M. Goldschmid, 6, Rond-Point des Champs-Elysées..................................	100
Madame *Félix Faure*......................	50
M. Lépine, préfet de police...............	50

FEUILLETON

Les... revenants de Madagascar.

Il nous a été donné de soigner une quinzaine de rapatriés de Madagascar, ramenés, pour la plupart, dans le cours de décembre 1895, par les transports Massilia, Concordia, Carolina, avec trois mois de congé de convalescence.

Le récit qu'ils font de leur campagne et de leur rentrée, ne varie guère. Il concorde bien avec celui de la presse et se trouve généralement conforme à l'opinion publique. Des récits de soldats isolés ne sont pas officiels, mais n'en ont pas moins d'intérêt. Ils sont un écho et une résultante. C'est pourquoi nous les donnons simplement, suivis de quelques réflexions.

Les rapatriés débarquaient à Marseille, Toulon ou Port-Vendres. Ceux qui n'étaient pas morts en route et qui arrivaient *très malades*, étaient dirigés sur les hôpitaux de Marseille, Perpignan, Montpellier, etc., — *les malades* sur Amélie-les-Bains, — les *sans famille* envoyés à Porquerolles, — et *les autres* dans leurs foyers. Voyage gratuit bien entendu et avec une indemnité de route d'environ deux francs par jour. Les Dames françaises, les femmes de France, etc., dont ils n'avaient reçu là-bas que 100 grammes de tabac ou un cahier de papier à cigarettes, ou quelques aiguilles et du fil, leur donnaient de l'argent de route. Les uns ont reçu 12 fr. d'autres, 15 ou 20 fr., quelques-uns 25 fr. en dehors des soins et des attentions dont ils avaient été l'objet, de la part de ces Sociétés, dans les hôpitaux et à Amélie-les-Bains. Tous s'accordent à dire, qu'à cause de l'absence de Warf, les premiers débarquements de provisions et de caisses de toutes sortes, ont été noyés ou avariés sur la plage par une marée inattendue... Pendant la campagne, à cause de cet accident, et des difficultés de transport, ils ont donc reçu peu de chose des Sociétés de la Croix-Rouge, tandis qu'en France ils ont été choyés partout par elles, et s'en montrent très satisfaits et très touchés.

Ils arrivaient 600 à 700 par paquebot. Au début, à cause du nombre des malades, à cause des chaleurs du passage de la Mer Rouge, la mortalité était effrayante pendant le trajet, et grande dans les hôpitaux à l'arrivée. Les familles qui avaient reçu la nouvelle du débarquement de retour de leurs enfants, et qui apprenaient ensuite la mort à l'hôpital n'étaient pas les moins frappées. Arrivé au port ! puis... mort avant de revoir les parents qui se réjouissaient de leur arrivée ! cruelle déception !

En octobre et novembre 1895, il en mourait

La Société centrale de médecine du Nord..	50
L'administration du Bon-Marché..........	50
Mme Perrin, directrice du Hammam, à Vichy..................................	20
M. Allaire, 54, avenue Kléber..............	20
M. Alex. Simon, 13, rue Grange-Batelière..	20
M. Collin, 16, rue de l'Ecole-de-Médecine.	20
M. Dupré, régisseur de la source Lardy, à Vichy..................................	10
Madame Passant, 39, rue de Grenelle......	10
Madame Frémont, 21, rue Royale....... ..	10
MM. Servat et Géraud, concessionnaires des Thermes de Cauterets..............	50
Total.......................	1.060

Qu'il me soit permis de souligner particulièrement la générosité de la Compagnie fermière de Vichy, à qui on ne s'adresse jamais en vain, lorsqu'il s'agit d'une bonne action.

Vous remarquerez que le nom d'aucun des grands médecins ou chirurgiens ne figure dans cette momenclature. Une circulaire pressante a été pourtant adressée à une centaine d'entre eux, aux plus connus, mais en vain ; nous avons prêché dans le désert :

Hélas, trois fois hélas !

J'ai publié la liste ci-dessus, d'abord pour exprimer notre vive gratitude à nos généreux donateurs, au nom de nos protégés, et ensuite pour engager les membres du Concours à tenter quelque chose d'équivalent en faveur de notre cause. Il n'y a pas un de vous qui n'ait, dans sa clientèle, au moins une personne suffisamment riche et pitoyable, qu'on pourrait chercher à attendrir. Ne vous donnerait-elle que cinq francs, comme les petits ruisseaux font les grandes rivières, ces collectes isolées contribueraient singulièrement à grossir notre précieuse réserve.

Essayez toujours, mes chers confrères ; notre trésorier, M. *Chastaing*, pharmacien en chef à l'hôpital de la *Pitié*, rue Lacépède, réservera un accueil reconnaissant à tous les envois que vous voudrez bien lui adresser.

Ce n'est pas tout ; j'ai pensé que mes collègues, qui exercent dans les villes d'eaux, pourraient nous être fort utiles, durant la saison thermale, en provoquant des quêtes dans les hôtels, à intervalles plus ou moins rapprochés. Il suffirait de charger de ce soin deux clientes les plus dévouées, les plus aptes aussi à faire délier les bourses les moins expansives.

Je suis convaincu que de fructueuses recettes pourraient être réalisées, de ce fait, et je ne manquerai pas d'y avoir recours, pour ce qui me concerne.

A l'œuvre donc ; que la sainte croisade pour le bonheur des autres, soit prêchée au nord et au midi, à l'est et à l'ouest, sollicitez, quémandez sans crainte, ni indiscrétion, sous l'égide de charité : ce ne sera jamais trop, par rapport aux détresses à secourir !

Dr GRELLETY.

P. S. Au dernier moment, on nous signale la mort prématurée d'un jeune médecin d'Alger, le docteur Ramakers, professeur suppléant à l'école de médecine, enlevé, en 36 heures, par une angine à streptocoques contractée au chevet d'une malade, à laquelle il donnait des soins. — Nous adressons l'expression de nos sympathies émues à sa veuve et à ses enfants, à l'avenir desquels nous allons nous intéresser d'une façon particulière, tout en regrettant que notre maigre budget ne nous permette pas d'agir aussi largement que notre cœur le voudrait.

---

beaucoup pendant la traversée. En décembre 1895 et janvier 1896, la mortalité était bien moindre. Le 22 décembre 1895, il y en eut 30 dans un transport de 700 soldats. Un soldat d'une Compagnie d'infirmiers du 30e, revenu fin janvier, avec 15 infirmiers et 600 indigènes Arabes et Kabyles débarqués en Afrique, nous disait qu'il n'était mort que 5 arabes pendant la route.

A la fin de l'expédition, les soldats étaient pris d'une rage folle de rentrer en France. Comme à ce moment, ils étaient tous malades et que la saison était très défavorable, la mortalité était énorme en route. L'opinion publique s'en était émue, à tort, comme le fait remarquer notre confrère Jean Lémure dans l'article rapporté, par le « *Concours médical* » (no 1, 1896), qui considère que c'était la seule chance de salut, même prise tardivement. — Les soldats disent qu'ensuite on y a mis ordre, et qu'on refusait de les expédier.

Tous rentraient avec (sur leur feuille de route) : *anémie suite de cachexie palustre.*

Nous les avons donc vus dans leurs familles, et ce qui nous a d'abord frappé, c'est que quand nous parlions d'un camarade à l'un d'eux, il ne le connaissait pas. Pas un ne se connaissait ! Cela s'explique par la manière dont s'était formé le corps expéditionnaire, par l'échelonnement des troupes et leur isolement. — *Tous*, alités d'abord, avec teint sub-ictérique et cachectique, jaune bronzé, faiblesse considérable, voix éteinte et de temps à autre un nouvel accès de fièvre de quelques heures. L'un arrivait avec du délire, des hallucinations, des phénomènes d'anémie cérébrale, un autre avec de la dysenterie. Celui-ci avait la peau toute marbrée de taches brunes, de la dimension d'une lentille, suite, *disait-il*, de piqûres de moustiques innombrables et envenimées : nous n'avons observé qu'une fois ce fait. Plusieurs d'entre eux, dès leur arrivée, gardaient le lit, en proie à une broncho-pneumonie d'origine dysentérique, et étaient envoyés au Val-de-Grâce, où ils restaient de longues semaines. Ils ne pouvaient être gardés chez un parent, frère ou sœur, chargé de famille, dans une chambre encombrée, où le seul lit était bien réservé au soldat revenu, mais où tout manquait, — air, bonne alimentation, soins éclairés, etc. — Plusieurs mois ont été nécessaires à leur rétablissement à tous, et ceux qui, libérés, ou ayant obtenu une prolongation de congé, ont repris du travail, n'étaient pas pour cela débarrassés des accès de fièvre. Néanmoins le rétablissement s'opérait, sinon rapidement, du moins assez complètement, et les crises fébriles s'amoindrissaient en s'espaçant.

Les plus favorisés pendant l'expédition étaient les infirmiers. Ils avaient autre chose que le riz,

SITUATION FINANCIÈRE DE LA SOCIÉTÉ DE PROTECTION DES VICTIMES DU DEVOIR AU 31 DÉCEMBRE 1895.

Recettes.	
Au 31 décembre 1895..............	12.801.70
Dépenses.	
Achat de valeurs..................	7.711.50
Secours donnés....................	2.930 »
Dépenses générales pour organisat.	1.901.25
	12.542.75
En caisse au 31 décembre.........	258.95
	12.801.70
Dons reçus en 1896...............	1.060
	13.861.70

SITUATION FINANCIÈRE DE LA SOCIÉTÉ DE PROTECTION AU 25 AVRIL 1896 : 13.861.70.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les irresponsables devant la loi.

M. le Dr *Henri Lemesle* vient d'exposer, dans une remarquable thèse, comment il convient de comprendre la responsabilité des criminels devant la loi.

L'état actuel de la conception de la pénalité est bien différent de ce qu'il était autrefois : aujourd'hui, on soutient, à la Faculté de Droit, que, pour qu'un criminel soit justement puni, il faut :

1° Qu'il ait troublé l'ordre social ;

2° Qu'il ait du même coup commis une faute contre l'ordre moral ;

3° Qu'il ait pleinement conscience de cet ordre moral ;

4° Qu'il ait en lui les moyens moraux nécessaires pour le respecter.

Si ces deux dernières conditions font défaut, le criminel ne relève plus de la justice : il est moralement irresponsable ; et la pénalité ne doit pas s'égarer sur sa tête.

La médecine mentale et l'anthropologie criminelle, sont venues indiquer à la fois, les difficultés d'appréciation, en pareille matière, et la nécessité, pour chaque inculpé, d'un examen psycho-moral.

L'intervention médico-mentale réalise, en somme, les garanties les meilleures pour cet examen psycho-moral. — Le magistrat et le médecin légiste ont des rôles trop dissemblables et des attributions trop tranchées, pour que le premier puisse, dans ce cas particulier, remplacer le second. — Le bon sens et même la perspicacité ne suffisent pas pour diagnostiquer la folie.

Pour avoir rejeté cette notion, la magistrature a commis de nombreuses erreurs, en condamnant des irresponsables.

Une inspection médicale de tous les inculpés doit précéder toute procédure ; dans cette inspection, le médecin retiendra les cas qui lui sembleront devoir nécessiter une expertise. — Quelques criminologistes ont dit, et beaucoup après eux ont répété, de confiance, que cette inspection médicale n'est pas réalisable, en raison de difficultés matérielles : cependant ces difficultés, sont très surmontables. — En attendant cette organisation qui s'impose, il faut, par mesure provisoire, *instituer une inspection médicale des condamnés*, analogue à celle qui fonctionne en Belgique.

La théobromine.

D'après M. le Dr *Huchard*, les avantages thérapeutiques de la théobromine, alcaloïde du cacao, sont les suivants.

1° La théobromine doit être rangée dans la classe des diurétiques épithéliaux fonctionnels de Manquat, et est inoffensive pour le rein ;

2° Elle n'exerce aucune action sur le cœur, les

---

les haricots, les biscuits et l'eau croupie bouillie, de leurs camarades, d'abord, et de plus ils ne remuaient pas la terre. Ils n'ont pris que très tard les fièvres et ne se sont point cachectisés autant que les autres.

Les soldats du train, chargés des convois, venaient ensuite comme résistance. L'un d'eux a eu son premier accès à Andriba, après *cinq mois* de séjour, et est entré à Tananarive, malade. Lui non plus n'avait pas remué de terre.

Mais ceux qui ont fait les chemins, les routes ; ceux qui ont creusé les fosses, quelles hécatombes ! et dans quel état, nous les avons vus arriver ! ceux-ci, étaient tous, dans la grande île, immédiatement pris de fièvres violentes, puis de cachexie, et devenaient incapables de se mouvoir ! .. Les soldats d'infanterie de marine ont le mieux résisté.

Tous sont d'accord pour dire : On aurait pu faire les transports à bâts, à dos de mulets. On aurait pu ainsi traverser la brousse, sans remuer la terre, et arriver plus vite. Les voitures et les chemins ont failli faire manquer l'expédition, tandis qu'avec les mulets que l'on a été obligé d'utiliser seuls, à la fin, on eût pu avancer et s'approvisionner sans grandes pertes... — Nous n'avons pas manqué de quinine, ni entendu dire qu'on en ait manqué... Et les malades marchaient sous la menace de la note : *lâcheté devant l'ennemi.* Quelques livrets même portent cette mention ! *nous affirme l'un deux.*

Et pas de regrets, pas de plaintes, pas d'amertume dans leur langage ! Quels braves cœurs ! quelle énergie dans la race ! quels espoirs !

Sur 15,000 soldats de France, 10,000 coolies, indigènes, arabes, etc., voici, dit le Dr Jean Lémure, le bilan :

Tous malades, — 6,000 *décédés !*

Nous croyons que le chiffre des décédés est plus élevé, aujourd'hui, quoique sur quinze malades, nous n'ayons pas observé de mortalité parmi les *arrivés dans leur famille*, mais il en meurt encore dans les hôpitaux.

Et puis, n'est-ce pas assez ? *Tous malades*, 6,000 *décédés au moins* ! Bien des choses ont été dites sur ce sujet et sur les responsabilités introuvables ; mais a-t-on insisté suffisamment sur les rapports des chefs avec le service de santé ? Nous ne le pensons pas.

Cela devient banal de répéter que le service de santé, dans notre organisation militaire, n'a pas son autonomie et ne jouit pas de la considération à laquelle il a droit. Ses conseils ne sont pas en faveur. Il est subordonné aux chefs de corps, — il n'est nullement indépendant, encore moins prépondérant. C'est même un service gênant, un impédiment dont il faut non seulement se passer, mais se débarrasser.

vaisseaux et le système nerveux ; pas d'excitation cérébrale ;

3° Elle est très peu toxique, même à haute dose ;

4° La durée de son action diurétique est moins longue que celle de la digitale, mais plus prolongée qu'avec la caféïne ;

5° Elle ne produit que très rarement des troubles digestifs, surtout si on la donne en cachets de 50 centigrammes ;

6° Elle n'offre aucun danger d'accoutumance ou d'accumulation ;

7° Elle est indiquée dans les hydropisies d'origine cardiaque et même dans l'anasarque brightique.

M. Huchard la prescrit à la dose de 3 à 5 gr. pendant quatre jours seulement en cachets de 0,50 centigr. Prendre 8 cachets le premier jour, 6 le deuxième et le troisième, et 4 le dernier.

On peut utiliser les propriétés toniques de la théobromine en la prescrivant à petites doses d'une façon continue, pendant plusieurs semaines et en l'associant au phosphate de soude.

Théobromine................ } 10 à 20 gr.
Phosphate neutre de soude... }

Pour 40 cachets. — Un cachet au commencement de chaque repas.

Le jet en tire-bouchon pendant la miction.

M. le Dr *Aubert*, de Lyon, fait remarquer avec grande justesse dans le *Lyon médical* qu'on a trop souvent attribué une valeur séméiologique à la forme du jet de l'urine en tire-bouchon, pendant la miction.

« Il n'est pas une année, dit-il, où quelque client ne vienne me dire, parfois avec terreur, toujours avec émotion : je crois bien que j'ai un rétrécissement, je pisse en tire-bouchon.

Je les interroge, tous ont eu la chaude-pisse et tous ont fait des injections. Ces injections qu'ils ont réclamées, multipliées, variées en choisissant de préférence celles que leur indiquait la quatrième page des journaux, sont devenues un cauchemar, car, malgré les promesses de l'affiche, elles passent pour provoquer plus tard des rétrécissements. Quelques-uns, et ce sont les plus malades, ont lu des livres ou des brochures, livres de charlatans en général ; mais en pareil cas la valeur de l'ouvrage importe peu et le meilleur ne vaut rien.

C'est souvent même après une lecture de ce genre que l'inquiétude a commencé, puis a tourné à l'obsession. Un brave homme qui jusque-là avait pissé avec sérénité et satisfaction a lu que le jet en tire-bouchon est un symptôme d'étroitesse ; il se regarde pisser et constate avec un certain frisson que son jet n'est pas droit et rond comme une baguette, mais se tortille plus ou moins. Il se regarde les jours suivants, c'est toujours la même chose, et l'inquiétude grandit. Le sujet est alors tout à fait à point pour être exploité par un charlatan ou remis en droit chemin par un médecin honnête, et le médecin a souvent plus de peine à démontrer à son client qu'il n'a rien, que le charlatan à le traiter pour un mal imaginaire.

En effet, si vous interrogez ces malades, il est tout à fait exceptionnel que vous trouviez chez eux les symptômes d'un rétrécissement. Leur jet est gros ; quand ils sont dans un urinoir public ils ne mettent pas plus de temps à pisser que les voisins ; ils n'ont aucune douleur, aucun trouble de la miction.

Il en est, mais c'est exceptionnel, qu'après les avoir interrogés et fait uriner, la simple et formelle affirmation qu'ils n'ont rien suffit à rassurer.

Chez quelques-uns, il est nécessaire de passer une sonde d'un bon calibre pour leur prouver

---

Et, selon l'expression du Dr *Lémure*, cette expédition, qui devait être une *expédition sanitaire*, a été absolument une expédition militaire.

De sorte que, d'un côté, l'on voit les hygiénistes s'acharner noblement à améliorer l'habitation, le logement, les boissons, l'alimentation, à mettre en pratique les découvertes de la science, à profiter des progrès de la médecine, dans le domaine de l'étiologie et de la prophylaxie des maladies contagieuses, endémiques, telluriques et autres ; à économiser la vie humaine par tous les moyens possibles, à en augmenter la moyenne de durée, à chercher l'organisation d'un ministère de la santé publique, — et de l'autre, certains services administratifs ne tenir aucun compte de ces admirables efforts, ni des résultats éclatants obtenus jusqu'ici !

L'expérience est faite une fois de plus, c'est clair, mathématique, indéniable. C'est l'évidence même ; les faits sont là éloquents et terribles :

L'hygiéniste ou le médecin, ce qui est tout un, dit ! « Ne remuez pas ces terres marécageuses et empoisonnées, sinon vous êtes comdamnés, tous, aux fièvres, à l'impuissance, à la mort ! » «— Et l'administration militaire répond « Faites des chemins ! creusez des routes ! » — Et alors les soldats creusent, et ceux qui résistent, restent pour ouvrir les tombes des premiers, et succomber à leur tour !...

Connait-on une situation plus navrante et a-t on jamais vu un mépris plus grand de la vie humaine ? — Là où il devrait y avoir entente et rivalité pour le bien, il y a désaccord pour aboutir au mal, au désastre.

Les gens *compétents* disent : la maladie et la mort sont *évitables* à telles conditions.

Les gens *incompétents* répondent : foin de vos conseils gênants ! que nous importe ! Nous le verrons bien !

On l'a vu !...

Et cela fait frémir, car on pourra voir toujours et encore le typhus des camps, des armées, la pourriture d'hôpital, la septicémie. On pourra voir se renouveler la mortalité de Crimée, la mortalité des blessés de 1870, la mortalité de Madagascar !

A quoi servent les leçons et les sacrifices ? A quoi sert la science ? à quoi servent le dévouement et l'humanité des médecins ? A provoquer le ricanement méprisant et prétentieux d'un rond-de-cuir, ou le scro-gnieu-gnieu ignorant et agacé d'un chef !

Dr Courgey.

leur erreur. Mais il faut éviter ce moyen autant que possible.

Le jet d'urine n'est, en réalité, droit chez personne et se tortille plus ou moins chez tout le monde. L'urèthre, par la disposition successive de ses plans, se comporte un peu comme un canon rayé, et de plus, à la sortie, les molécules du liquide se dévient pour mieux surmonter la résistance de l'air. C'est de l'ensemble de ces inflexions que naît la forme en vrille que présente toute veine fluide sortant d'un orifice.

CHIRURGIE PRATIQUE

Ostéo-arthrite tuberculeuse du genou de l'enfant.

Dans un travail très complet, que le Dr Guillemain a consacré à cette intéressante question, on trouve des notions détaillées sur l'anatomie pathologique, négligée dans tous les classiques et des indications thérapeutiques précises basées sur des observations personnelles à l'auteur, qui s'est inspiré d'ailleurs de la riche collection du musée de l'hôpital Trousseau (1).

Cette étude, qui a obtenu la médaille d'or des hôpitaux, se rapporte uniquement à l'enfant, chez lequel les lésions tuberculeuses n'évoluent pas comme chez l'adulte, engagent peut-être moins son avenir et réclament un traitement différent.

La tuberculose du genou, chez l'enfant, est moins fréquente que celle de la hanche; elle est surtout fréquente de 2 à 10 ans; les garçons semblent plus souvent atteints.

On a beaucoup discuté sur l'origine, sur le point de départ des lésions. Pour Kœnig, la synovite est primitive; pour MM. Lannelongue et Guillemain, l'ostéo-arthrite tuberculeuse du genou est, dans la majorité des cas d'origine osseuse. C'est le tibia qui des trois os qui contribuent à former l'articulation du genou, est le plus souvent atteint le premier, sans doute à cause de la structure spongieuse et vasculaire de son tiers supérieur, car « le tubercule fuit le « tissu compact, pour se localiser dans le tissu « spongieux ». De plus, le plateau tibial supporte dans la station debout et dans la marche, une pression considérable qui appelle peut-être l'infection en créant un lieu de moindre résistance.

La lésion osseuse peut se trouver en trois points différents du tibia: elle peut être: 1° épiphysaire, c'est-à-dire placée entre le cartilage de conjugaison et le cartilage permanent. 2° Diaphysaire. 3° Diaphyso-épiphysaire, empiétant sur l'épiphyse et la diaphyse.

Sur le fémur, mêmes localisations, mais ici le foyer est presque toujours postérieur au niveau de l'échancrure intercondylienne ou en arrière des condyles. Comme en cet endroit la synoviale envoie des prolongements sus-condyliens et s'insère en pleine diaphyse, on conçoit qu'une lésion osseuse envahira facilement la synoviale.

Il est rare, quoique possible que la rotule soit le siège primitif de la lésion.

Quelle que soit sa localisation, la lésion a toujours le même aspect et suit la même évolution. « Sur une coupe, c'est une petite tache blanc « jaunâtre, siégeant en plein tissu osseux et « ayant rarement plus de un centimètre carré. « Son contenu, de consistance variable, est le « plus souvent une matière caséeuse demi-solide, « qui, quand on la passe entre les doigts, donne « la sensation de gravier due à de petits séques« tres parcellaires. Une membrane fongueuse « dans laquelle le microscope fait reconnaître « des follicules tuberculeux et des bacilles for« me la paroi de cette cavité. Autour d'elle l'os « présente d'ordinaire une zône plus ou moins « étendue d'ostéite raréfiante. Ce sont là les « lésions banales du tubercule enkysté des os. »

Comment vont-elles gagner la synoviale? Tantôt le tubercule s'étend vers la périphérie, et atteint la surface après avoir perforé le périoste, et donné lieu à un abcès froid péri-articulaire; tantôt il gagne l'articulation. « Alors le cartilage « d'encroûtement s'use par sa face profonde jus« qu'à ce qu'il soit perforé et si le contenu du « foyer osseux est liquide, il se répand dans la « cavité articulaire On peut voir alors survenir « tous les signes d'une arthrite aiguë, qui devient « secondairement tuberculeuse. Mais c'est là « l'exception. D'ordinaire, les choses se passent « d'une façon plus insidieuse; après le carti« lage c'est la portion de synoviale adjacente « qui se tuberculise. Il y a d'abord un semis de « granulations localisé en ce point; on peut les « voir, quand on fait une autopsie, tout à fait au « début, puis l'éruption se généralise et les fon« gosités apparaissent. Toutefois le maximum « des lésions correspond toujours au foyer os« seux; ce qui indique assez qu'il en est le « point de départ. »

Et l'auteur cite à l'appui de cette marche des lésions l'intéressante observation qui suit:

Chez un garçon de 4 ans, mort de broncho-pneumonie tuberculeuse, on trouve à l'autopsie, à la face interne du genou une fistule, qui conduit directement sur le tibia. Cette lésion osseuse a été le point de départ de l'abcès froid pré-tibial et de la synovite fongueuse consécutive. Dans cette fistule une sonde cannelée s'enfonce à une profondeur de deux centimètres. La coupe transversale de l'os montre que la lésion consiste en une cavité tuberculeuse centrale, dont le milieu répond au cartilage de conjugaison et qui empiète au-dessus dans l'épiphyse et au-dessous dans la diaphyse. Cette cavité elliptique a pris la forme et les dimensions d'un haricot. Pas de séquestre. Cette cavité ne renferme que de la matière caséeuse. Son siège au niveau du cartilage de conjugaison, dit le professeur Lannelongue, m'a fait penser à des tubercules de ce cartilage lui-même. Il y a, en même temps, une arthrite fongueuse du genou, qui a eu pour point de départ, l'ostéite du tibia; on peut constater, en avant, la continuité entre les lésions osseuses et synoviales.

Dans une autre observation, « on trouva dans le fémur une cavité au-dessus du cartilage épiphysaire, qui s'était produite lentement et sans réaction; puis brusquement éclatèrent des accidents aigus d'arthrite suivis d'une mort prompte. Si l'enfant avait survécu, l'arthrite aiguë se serait transformée peu à peu en une arthrite tuberculeuse. »

En même temps que se creusent les cavernes, se forment des *séquestres*. On les reconnaît à leur couleur d'un blanc légèrement jaunâtre au début, très jaune et facile à reconnaître plus tard. Kœnig les appelle cunéiformes car, dit-il « très souvent ils ont la forme d'un coin dont

(1) Voir *Concours Médical*, n° 9, 1894, page 100.

« la base est dirigée vers l'articulation et le « sommet vers la moelle osseuse. Cela tient à ce « qu'ils sont dus à de petits bouchons tubercu- « leux renfermant des bacilles, lesquels entraî- « nés par le torrent circulatoire dans les os « viennent s'arrêter dans quelque petit vais- « seau. » Le Prof. Lannelongue et M. Guillemain ne croient pas à l'existence de ces bouchons tuberculeux, créant un véritable infarctus, car ils ont trouvé et montré que le séquestre était souvent absolument irrégulier. Quoiqu'il en soit de sa forme, le séquestre, véritable corps étranger, devient mobile au sein d'une cavité dont les parois sont formées par l'os environnant, siège d'une ostéite raréfiante, et recouverte par une membrane fongueuse de 2 à 5 millimètres d'épaisseur, véritable membrane tuberculogène.

Il peut y avoir dans cette caverne osseuse, au sein d'un liquide purulent, plusieurs séquestres, qui entretiennent, par leur présence, une suppuration interminable, et peuvent finir par tomber dans la cavité articulaire, y développant une réaction très vive « et des désordres tels qu'il faut recourir à l'amputation. ».

Enfin, au lieu de cette lésion circonscrite on peut trouver *l'infiltration diffuse des épiphyses*, caractérisée par la présence dans toute l'épiphyse de nodules tuberculeux au sein des aréoles agrandies et gorgées de sang.

« Quelle que soit la forme de tuberculose osseuse à laquelle on ait affaire, dit l'auteur, qu'elle soit circonscrite ou diffuse, elle a toujours de la tendance à mettre le genou dans une mauvaise position. On peut même dire que toutes les fois que le membre n'est pas immobilisé dans une gouttière plâtrée ou autre, la luxation pathologique est à peu près inévitable. »

La luxation pathologique du genou a été peu étudiée. Elle est lente et progressive, ou brusque. La luxation insidieuse, à marche lente est la plus fréquente. Elle reconnaît une double cause. Le ramollissement ou l'usure des extrémités osseuses, d'une part, et d'autre part la contracture musculaire. D'ailleurs Bonnet avait entrevu ce mécanisme quand il écrivait : « Les os infiltrés de fongosités peuvent s'absorber plus ou moins profondément surtout dans les parties qui sont le siège d'une pression. Ainsi le fémur se creuse en arrière pour recevoir le tibia lorsque celui-ci est maintenu fléchi sur la cuisse ; ainsi l'ulcération de ces deux os se fait en dedans ou en dehors, suivant que les pressions s'exercent spécialement sur l'un ou sur l'autre de leur côté. Enfin c'est surtout à la suite des tumeurs fongueuses, que se produisent les luxations spontanées du genou. » C'est ce que le professeur Lannelongue a appelé *l'ulcération compressive*.

La luxation subite est très rare. Elle résulte de l'effondrement d'une épiphyse creusée d'une caverne ; ce mécanisme rappelle celui des luxations brusques de la colonne vertébrale dans le mal de Pott.

Suivant la position du membre, M. Guillemain adopte différentes variétés de luxations qu'il classe dans le tableau suivant que nous transcrivons.

1° *Genu valgum.* (Variété exceptionnelle), saillie du genou en dedans de Bonnet.

2° *Genou angulaire simple.* (Variété peu fréquente). Luxation en arrière, jambe fléchie de Bonnet.

3° *Genou angulaire complexe.* (Variété très fréquente) ou luxation du tibia en arrière et en dehors, avec incurvation diaphyso-épiphysaire de cet os.

4° *Luxation du tibia* dans le creux poplité, la jambe étant étendue, ou luxation en levier.

Le genu valgum, rare dans l'ostéo-arthrite tuberculeuse, est dû à l'usure du condyle externe ou de la tubérosité externe du tibia, ou des deux à la fois. Cette déformation est donc définitive, à moins que l'on n'intervienne par une résection orthopédique sur laquelle nous reviendrons.

Le genou angulaire simple existe rarement, le plus souvent en effet, à la flexion de la jambe sur la cuisse, vient s'ajouter un certain degré de subluxation et de rotation en dehors. L'angle de flexion est très variable ; il peut être obtus, droit ou si aigu, que la jambe vient au contact de la cuisse. Le genou augmenté de volume, forme une masse ronde, où l'œil ne distingue plus toujours les saillies osseuses. Au palper on délimite la face inférieure des condyles, la rotule, mais on ne parvient pas à explorer le plateau du tibia. Le creux poplité est très accentué ; les muscles qui le délimitent étant tendus, contracturés, font une forte saillie sous les téguments. Saisissant à pleines mains le membre, on arrive à lui imprimer de légers mouvements de flexion ; quelquefois l'ankylose est complète.

Cette position vicieuse amène, à la longue, des lésions osseuses. Le fémur est aplati d'avant en arrière, car les condyles sont usés sur leur face postérieure ; ils semblent donc plus longs, car ils sont moins larges. Du côté du tibia on constate la destruction des cartilages semi-lunaires et du cartilage d'encroûtement et le plateau, plus ou moins arrondi, prend la forme d'une tête. — Quant à la rotule, elle est au-dessous des condyles, reposant le plus souvent sur le condyle externe.

Le genou angulaire complexe est, de beaucoup, la déformation la plus commune. Si on l'examine de face, on constate que le condyle interne du fémur fait fortement saillie en dedans, par suite de la déviation de l'extrémité inférieure du fémur de ce côté. Au-dessous de cette saillie, un creux : l'extrémité supérieure du tibia s'est portée en dehors, si bien que son condyle interne correspond à l'échancrure intercondylienne. En dehors, la tête du péroné fait une forte saillie. L'axe de la jambe est dirigé en bas et en dehors. « Le tibia, dit Bonnet, a éprouvé un mouvement de rotation en dehors et la pointe du pied regarde dans ce dernier sens. Le talon est un peu tourné en dedans, la face interne du tibia devient plus ou moins antérieure, et sa crête externe. »

Le condyle externe du fémur est usé dans sa partie externe postérieure ; et le plateau du tibia a la forme d'une tête, mais c'est la partie interne qui est la plus lésée. La rotule repose sur le condyle externe, — elle est quelquefois fixée, ankylosée dans sa nouvelle position. — L'interligne articulaire, dans son ensemble, est oblique en bas et en dedans. Enfin le corps du tibia forme avec le plateau un angle obtus qui regarde en dedans : cet angle est dû à la flexion du tibia au niveau de son cartilage épiphysaire.

Quelles sont les causes de ces diverses déformations ? Pourquoi la jambe se met-elle en fle-

xion sur la cuisse? Pour Bonnet, c'est la présence du liquide ; pour Gerdy, la rétraction du ligament postérieur. Pour le Pr Lannelongue et l'auteur, c'est la *contracture musculaire* qui doit être incriminée. « Il est probable que cette contracture est réflexe et consécutive à l'irritation provoquée par les altérations osseuses, lorsqu'elles atteignent les dernières ramifications nerveuses. » (Lannelongue, Coxo-tuberculose.) Les fléchisseurs étant plus puissants, le genou se met en flexion; d'ailleurs, l'extenseur, le quadriceps est de bonne heure atrophié, comme dans toutes les arthrites du genou.

La subluxation du tibia en dehors serait due, pour Bonnet, à la position que prennent les malades dans leur lit. Pour M. Guillemain, il faut, ici encore, incriminer la contracture musculaire, et particulièrement celle du biceps qui inséré sur la tête du péroné, indemne de lésions, conserve toute sa puissance.

Enfin quelle est la cause de cette déformation bizarre, qui fait que la diaphyse tibiale forme avec son épiphyse supérieure un angle obtus à sinus interne ? Il faut ajouter qu'on l'a notée non seulement dans l'ostéo-arthrite tuberculeuse, mais aussi dans les arthropathies syphilitiques. M. Jalaguier a invoqué une raison *vitale*; l'arthrite, par un mécanisme inexpliqué encore, trouble le fonctionnement du cartilage de conjugaison, si bien que le travail d'ossification qui se fait sur la face inférieure de ce cartilage, a progressé plus vite du côté externe, il en résulte une incurvation du côté interne, plus court, de la diaphyse tibiale. L'ensemble de ces lésions explique que les tentatives de redressement restent infructueuses et dangereuses.

Ces tentatives de redressement ont, en effet, pour résultat de luxer le tibia dans le creux poplité. Le genou fait alors une saillie très forte en avant par le condyle fémoral.

Dans le creux poplité, on sent une forte dépression, et au-dessous, la saillie du plateau tibial. De profil on voit que l'axe du tibia, prolongé en haut, va rencontrer celui du fémur, à sa partie moyenne ou plus haut.

Nous n'insisterons pas sur les lésions des parties molles, qui sont ici assez semblables à celles des autres arthrites tuberculeuses. La tuberculose de la *synoviale* se présente sous trois formes : 1° l'*hydartrose aiguë ou chronique*, celle-ci plus fréquente survenant insidieusement, sans réaction, et récidivant avec une ténacité désespérante. 2° La *synovite fongueuse*, forme la plus fréquente, décrite par tous les classiques. 3° *L'abcès froid intra-articulaire*, formé d'une paroi qui est la synoviale doublée de la capsule et d'un contenu qui est le pus ordinaire des abcès froids où le microscope trouve le bacille de Koch associé ou non au staphylocoque ou au streptocoque. Cette forme s'accompagne souvent *d'abcès péri-articulaires* qui ont une triple origine : la synoviale, les os ou un ganglion poplité. — Leur siège est variable aussi, postérieur ou latéral, au niveau du fémur ou au niveau du tibia. Ils communiquent ou non avec l'articulation et aggravent grandement le pronostic de l'arthrite.

Dans son ensemble, le membre inférieur est atrophié, les muscles de la cuisse sont plus atteints que ceux de la jambe.

Quel est l'avenir réservé au genou atteint de cette affection ? La guérison est possible à n'importe quelle période de l'évolution. « Au début, « on peut obtenir une guérison complète, avec « conservation des mouvements et de la forme « du genou. Plus tard, lorsque les fongosités « sont abondantes et surtout lorsqu'il y a sup- « puration, l'ankylose a grande tendance à se « produire ; et suivant l'étendue plus ou moins « considérable des lésions, elle sera ici fibreuse, « là osseuse. »

Mais souvent, l'évolution est moins heureuse. La suppuration abondante s'étend, amenant la destruction des ligaments, les décollements épiphysaires, nécessitant une intervention chirurgicale radicale. Enfin, le malade peut mourir d'une généralisation tuberculeuse, ou de cachexie, ou bien enfin, d'une affection intercurrente qui trouve un terrain sans résistance.

Dans la seconde partie de son travail, l'auteur passe en revue les indications thérapeutiques. « Il y a deux choses à considérer, dit-il, dans la « thérapeutique des tumeurs blanches du genou : « d'une part, les manifestations bacillaires pro- « prement dites, se montrant sous forme de fon- « gosités ou d'abcès qu'il faudra poursuivre « dans la synoviale, les os ou les organes voi- « sins ; d'autre part les déformations, les attitu- « des vicieuses, qui devront être prévenues si « possible, et, en tous les cas, corrigées, une fois « produites. »

Il faut distinguer trois formes d'arthrites tuberculeuses du genou au point de vue du traitement:

1° Les arthrites tuberculeuses non suppurées.
2° Les arthrites tuberculeuses suppurées bénignes.
3° Les arthrites tuberculeuses suppurées graves.

Dans les arthrites tuberculeuses non suppurées on emploie la triade ancienne : l'immobilisation, la compression, la révulsion.

L'immobilisation est le meilleur des antiphlogistiques a-t-on dit. On l'obtient avec une gouttière plâtrée qui embrasse tout le membre, du pied au 1/3 supérieur de la cuisse.

La compression favorise l'atrophie des fongosités : on l'obtient avec des plaques d'amadou fixées par des bandes de diachylon.

Pour la révulsion il faudra donner la préférence aux injections de chlorure de zinc au dixième, suivant la *méthode, dite sclérogène*, du professeur Lannelongue. « J'enfonce, dit-il, l'aiguille « au-dessus du cul-de-sac supérieur de manière « à atteindre le fémur au-dessus de la réflexion « de la synoviale fongueuse, et je dépose la so- « lution sur le fémur même, au-dessous du pé- « rioste. Je fais quatre ou cinq piqûres de deux « ou trois gouttes chacune.

« Les parties de la synoviale placées au-des- « sous de la rotule de chaque côté du ligament « rotulien sont aussi accessibles. J'enfonce l'ai- « guille sur le bord de la rotule et je la dirige « parallèlement au ligament rotulien. Il importe « ici, pour éviter l'eschare, d'enfoncer l'aiguille « sous l'aponévrose, en la dirigeant dans la cou- « che superficielle des fongosités. Pour rendre « la transformation plus rapide et plus sûre, je « fais une nouvelle injection contre le bord an- « térieur de l'épiphyse du tibia. »

Et M. Guillemain ajoute qu'il faut placer, soit immédiatement, soit au bout de deux ou trois

jours, le membre dans une gouttière plâtrée. Il est nécessaire de chloroformer le petit malade et a son réveil de lui faire une piqûre de morphine, car les injections sont douloureuses.

Au bout de 24 h. la réaction atteint son maximum. La température s'élève à 39° pendant quelques jours. Dès le second jour, on sent, au palper, plus de résistance des tissus fongueux. Au niveau des os l'ostéo-périostite augmente leur épaisseur. Tout rentre dans l'ordre du 8e au 10e jour. Les fongosités donnent l'aspect au toucher d'un *fibrome synovial* suivant l'expression de M. Lannelongue.

Cette méthode offre trois accidents : 1° L'échec. On en est quitte pour recommencer. 2° L'épanchement sanguin, résultat de ruptures vasculaires consécutives à l'inflammation. Il cède à la compression. 3° Les eschares, que l'on évitera en enfonçant l'aiguille profondément sous l'aponévrose.

Cette méthode est supérieure à toutes les autres. On la complète, par le massage et l'électricité.

Dans la deuxième catégorie l'auteur a placé les arthrites suppurées. « Ce qui caractérise les « tumeurs blanches suppurées, c'est, d'une part, « l'irrégularité dans la distribution des lésions, « qui ne se limitent pas aux parties voisines de « l'interligne, mais s'étendent au 1/3 inférieur « du fémur et supérieur du tibia ; c'est, d'autre « part, leur évolution par poussées successives « se montrant à plusieurs mois, plusieurs an- « nées, même, de distance. Ce sont là, deux con- « ditions peu favorables aux opérations réglées : « *l'arthrectomie* et la *résection.* »

L'arthrectomie consiste dans l'extirpation de la synoviale, avec ou sans la capsule. Elle ne convient guère qu'aux synovites fongueuses légères ; la récidive est fréquente. Ces échecs seraient dus, pour M. Guillemain, à ce fait qu'il est difficile d'enlever toute entière la synoviale malade. « Elle est donc le plus souvent une opéra- « tion insuffisante suivie de récidive. »

La résection n'offre pas plus de succès : bonne chez l'adulte, elle est inapplicable chez l'enfant, car si elle dépasse l'épiphyse, elle arrête le développement des membres ; si elle reste en deçà du cartilage de conjugaison, elle est souvent insuffisante.

Il vaut donc mieux, dans les arthrites suppurées *bénignes*, faire une thérapeutique de symptômes et se borner à des *opérations économiques* comme le dit M. Ollier : « les opérations écono- « miques, l'avivement, l'abrasion, l'évidement « d'une des saillies osseuses, les cautérisations « intra-articulaires, sont des opérations qui ont « une importance dans la chirurgie de l'enfance « et qui doivent remplacer, à cet âge, le plus pos- « sible, les résections typiques. » On associera d'ailleurs, avec avantage, les interventions successives à la méthode sclérogène.

Dans les arthrites suppurées graves, le sujet est affaibli, les os offrent des lésions diffuses et étendues, les téguments sont compromis, etc., *l'amputation* est indiquée. On peut toutefois essayer, au préalable *l'ignipuncture* que l'on pratique en enfonçant profondément dans les os la pointe du thermocautère. Cette méthode a permis de conserver, chez les enfants, des membres qui semblaient absolument perdus.

Un côté très important de la thérapeutique des arthrites tuberculeuses du genou, c'est *l'orthopédie.*

Il ne suffit pas de tarir les suppurations, d'éteindre l'inflammation, il faut prévenir les attitudes vicieuses, les modifier ou les faire disparaître quand elles se sont produites.

Il faut, avant tout, avoir un membre qui serve à la locomotion ; le premier soin du médecin est donc d'éviter les déformations et de maintenir le genou dans la rectitude. Au début la gouttière plâtrée répond à ce but.

Si le malade vient consulter avec une flexion de la jambe, de deux choses l'une : ou cette flexion est légère et alors elle est réductible, par la méthode *de douceur*, sous le chloroforme ; on la maintient ensuite par un plâtre ; — ou bien cette flexion est ancienne, elle est due à des rétractions fibreuses et à des soudures osseuses. Ces lésions sont variables en intensité, aussi M. Guillemain distingue-t-il trois groupes dans les ankyloses du genou suite de tumeurs blanches.

1° L'ankylose fibreuse lâche sans déformations osseuses.

2° L'ankylose fibreuse serrée avec déformations osseuses.

3° L'ankylose osseuse.

Contre l'ankylose fibreuse, sans lésion osseuse, il faut employer le redressement lent, autrement dit l'extension continue, rejetant dans la majorité des cas le redressement brusque, qui est susceptible de léser les vaisseaux et les nerfs poplités, et de produire, du côté des os, des fractures et des décollements épiphysaires.

L'extension continue peut se faire à l'aide d'un appareil comme celui de M. Le Fort, formé par une gouttière composée de deux plans inclinés qui se réunissent au niveau du creux poplité. On diminue progressivement l'angle de flexion jusqu'à ce que le redressement soit complet. Il est plus simple de réaliser l'extension continue à l'aide de poids.

On place le long de la jambe, des bandelettes de diachylon larges de deux ou trois travers de doigts ; elles vont former anse sous la voûte plantaire. Un bandage roulé les fixe. A l'anse on attache la corde qui, passant sur une poulie, placée au pied du lit, dans l'axe de la jambe, va soutenir un poids. Quel poids ? Commencer par une traction faible : un kilog, et augmenter graduellement ; on ne dépassera généralement pas 5 *kilog* chez les enfants.

Il est bon de soutenir le genou par un coussin dans le creux poplité et de protéger le talon par l'ouate. La contre extension est réalisée par le poids du corps.

Quand le redressement est obtenu, on place un appareil plâtré.

Si ces moyens ne suffisent pas et si on a affaire à une *ankylose fibreuse avec déformation osseuse* : il faut faire « une résection orthopédique intra épiphysaire ». De même dans l'*ankylose osseuse* il faudra avoir recours à une résection ou à une fracture, que l'on fera consolider en créant un angle à sinus antérieur égal à l'angle que fait en arrière le genou fléchi.

Nous n'entrerons pas dans le détail de ces interventions qui nous entraîneraient trop loin. Nous tenions surtout 1° à exposer le traitement préventif, 2° à indiquer les moyens de traiter une ankylose légère et récente, nous bornant, 3° à

poser les indications des opérations sanglantes. En résumé, celles-ci sont au nombre de deux : l'une rarement applicable : c'est *l'ostéotomie sus condylienne* qui exige une ankylose osseuse solide du genou, l'autre est la *résection orthopédique* qui s'applique « aux ankyloses fibreuses, aux ankylo-« ses osseuses avec subluxation externe, enfin « aux ankyloses osseuses dépassant l'angle droit « et à celles qui s'accompagnent de fistules.

On ne négligera pas le traitement général, qui est celui de toutes les tuberculoses, et dont la base repose sur les règles d'hygiène, (vie au grand air), le régime (graisses, phosphate de chaux, huile de foie de morue) et les médicaments antituberculeux), enfin le séjour dans certaines stations maritimes.

A. Pascal,
Int. des Hôp. de Paris.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

La prescription des honoraires.

Au mois d'août 1893, le docteur X... a eu à soigner un de ses clients pour une maladie fort longue ; ses soins ont duré, sans discontinuité, jusqu'en août 1894, époque à laquelle son client a dû entrer dans une maison de santé. Il y est mort en février 1895, laissant sa veuve commune en biens et, pour héritiers, deux cousins. Après son décès, en mars 1895, le Docteur X. écrivit à la veuve pour lui réclamer ses honoraires ; elle lui répondit, par lettre, le même mois, qu'elle le priait d'attendre quelque temps, les affaires de succession n'étant point encore réglées.

Il attendit, et c'est seulement en décembre dernier qu'il réclama à nouveau le paiement. La veuve ne lui a pas répondu : mais les deux héritiers lui ont écrit que tous les comptes étaient réglés entre eux, qu'il avait eu tort d'attendre si longtemps pour faire connaître sa prétendue créance, et qu'ils invoquaient la prescription.

Que doit-il faire ? La prescription peut-elle lui être opposée, puisqu'il a une lettre de la veuve ? Il réclame 400 francs d'honoraires ; devant quel tribunal devra-t-il assigner ses débiteurs ?

Ce fait soulève les questions suivantes :

1° Y a-t-il prescription actuelle pour le paiement de soins médicaux commencés en août 1893 et finis en septembre 1894 ?

2° S'il y a prescription, n'a-t-elle pas été interrompue par la lettre de la veuve en mars 1895 ?

3° Quel est le tribunal compétent pour connaître l'affaire ?

Premier point. — *Prescription.* — La loi du 30 novembre 1892, modifiant l'article 2272 du Code civil, a porté à *deux années*, au lieu d'*un an*, le délai de la prescription.

Par conséquent, en prenant comme date, le 15 décembre 1895, par exemple, tous les soins médicaux donnés depuis le 15 décembre 1893, ne sauraient être atteints par la prescription : seuls pourraient l'être les honoraires dus depuis août 1893 jusqu'au 15 décembre 1893.

Mais, il est admis en jurisprudence que les visites d'un médecin pour le traitement d'une même maladie ne donnent pas naissance à autant de créances distinctes, prescriptibles séparément, mais à une créance unique qui, devenue complète seulement au jour de la cessation des rapports du médecin et du malade, est également prescriptible seulement à partir de ce jour. (Rolland. *Les médecins et la loi du 30 novembre* 1892, n° 180.)

Dans le cas de notre correspondant, ses soins ayant été donnés d'une façon continue, et pour la même maladie, du mois d'août 1893 au mois d'août 1894, c'est seulement à partir de ce dernier mois que la prescription a commencé à courir ; deux ans n'étant pas encore écoulés, il n'y a pas prescription.

Deuxième point. — *Interruption de la prescription.* — En admettant, par impossible, que la prescription soit acquise pour les soins donnés d'août 1893 à décembre 1893, cette prescription n'a-t-elle pas été interrompue par la lettre de la veuve en mars 1895 ?

Nous ne le croyons pas.

Aux termes de l'article 2274 du Code civil, la prescription ne cesse de courir que lorsqu'il y a eu *compte arrêté, cédule, obligation* ou *citation en justice*.

Une simple lettre, faisant seulement allusion à la dette, sans en indiquer le montant, ne rentre pas sous les énonciations de l'article 2274, et dès lors ne peut interrompre la prescription. (Voir notamment : Arrêt de cassation, 14 juillet 1875, et Tribunal de la Seine, 7 novembre 1895.)

Ce jugement est intéressant à reproduire (il s'agissait d'une note de dentiste) :

« Attendu, dit-il, que la lettre invoquée contient notamment le passage suivant : « Je viens vous prier de m'excuser, si je vous fais attendre aussi longtemps l'argent que je vous dois ; soyez persuadé que je ne vous oubliais pas et que j'attendais d'être à la nouvelle année pour m'acquitter envers vous » ;

Attendu que ladite lettre, faisant allusion à une dette, dont la quotité n'est pas énoncée, ne saurait constater qu'un simple commencement de preuve par écrit, et ne rentre pas sous les énonciations de l'article 2274, qui sont le compte arrêté, la cédule et l'obligation ;

Attendu que le texte si précis de l'article 2274 exige que le titre invoqué comme interruptif des courtes prescriptions de l'article 2272, ait opéré novation ;

Attendu que, du rapprochement des deux articles 2248 et 2274, il résulte que, tandis que la prescription ordinaire est interrompue par la reconnaissance que le débiteur ou le successeur fait du droit de celui contre lequel il prescrivait, les prescriptions des articles 2272 et 2274 ne cessent de courir que s'il y a eu compte arrêté, cédule ou obligation ;

Attendu qu'aucune de ces circonstances spécifiées limitativement, comme pouvant seules interrompre la prescription de l'article 2272, ne se rencontre pas dans la cause... »

Il faut observer aussi que, dans notre cas, la lettre de la veuve pouvant s'appliquer seulement à la période de non-prescription, il est impossible de la retenir comme reconnaissance de la dette totale, et par conséquent d'y trouver un acte interruptif de cette prescription.

Enfin, cet aveu, cette reconnaissance de la veuve, n'aurait en tout cas aucun effet à l'égard des héritiers, ne leur serait pas opposable : il n'aurait de valeur légale qu'à l'égard de la veuve. (Voir Cassation, 22 juin 1830.)

Troisième point. *Tribunal compétent.* — Notre correspondant réclame 400 francs d'honoraires.

Ces 400 francs se divisent légalement de la façon suivante : 200 sont dus par la veuve, en sa qualité de commune en biens, pour sa part dans la communauté ; les autres 200 francs se divisent également entre chacun des héritiers ; chacun d'eux doit donc 100 francs. (Art. 870, 873, 1220, Code civil.)

Il n'y a aucune solidarité entre la veuve et les héritiers.

Chaque dette ne dépassant pas 200 francs, c'est le juge de paix du domicile de chacun des débiteurs qui est compétent ; il jugera en premier ressort à l'égard de la veuve (200 francs), en dernier ressort à l'égard de chacun des héritiers (100 francs).

(*Journal de médecine de Paris*).

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de l'Hérault.

31 *décembre* 1895.

Sont admis comme membres du Syndicat : MM. Ducamp, de Rouville, Vallois, Hédon, Mouret, Mante, *de Montpellier*, Coulet, d'*Hérépian*, Ménard, *de Lamalou*, de Bonnefoy et Durand, *de Marseillan*.

Bureau.

Sont élus :
Président : M. Leenhardt.
Vices-présidents : MM. Mairet et Levère.
Secrétaire général-trésorier : M. Diffre.
Secrétaire des séances : M. Maquol.

Livre noir.

Sur le rapport du secrétaire général, le syndicat adopte la création d'un livre noir :

1. Chaque médecin doit avoir un livre-répertoire et des feuilles d'inscription du modèle adopté ;

2. Dans les quinze jours qui précéderont l'Assemblée générale, chaque membre du Syndicat aura le soin d'envoyer au Secrétaire *la feuille d'inscription* portant le nom des clients à exécuter. Le secrétaire réunira tous ces noms sur une *liste unique*, dont un exemplaire sera distribué à chaque médecin.

Le livre-répertoire sera ainsi facilement tenu au courant, au moyen de cette liste.

3. *Les effacements* se feront de même, par la feuille d'inscription pour les clients qui auront acquitté leur dette.

4 Seront passibles d'une inscription au *Livre Noir* les clients, *notoirement solvables*, qui ne se seront pas acquittés envers leur médecin, après les formalités prescrites par l'art. 23 du Règlement, et après délai moral suffisant.

Le Bureau vous propose d'ajouter à ces quatre articles déjà votés, les articles suivants :

5. Le *Livre Noir* fonctionnera à partir du 1er janvier 1896, et il est obligatoire pour tous les membres du Syndicat, c'est-à-dire que tout autre médecin appelé auprès d'un client nouveau, doit *avant ou au moins tout de suite après la première visite*, s'assurer que ce client n'a pas été porté au *Livre Noir*.

6. Tout membre du Syndicat qui désire porter un client sur le *Livre Noir* sera convoqué en même temps que le client devant la *commission d'arbitrage* formée des membres du Bureau, et cette commission aura seule qualité pour décider de l'opportunité de l'inscription.

Tout client qui refuserait de comparaître devant cette commission serait inscrit d'office au *Livre Noir*.

7. Tout membre du Syndicat s'engage sur l'honneur à consulter ce livre et à refuser ses soins à quiconque y est écrit.

8. Le nom de tous les nouveaux inscrits au *Livre Noir* sera lu en Assemblée générale.

9. Afin d'éviter que les Sociétés de secours mutuels, ne deviennent le refuge des clients portés au Livre Noir, les présidents de ces sociétés seront prévenus qu'ils doivent ou bien refuser l'admission de ces clients, ou bien les informer que, pour eux, il n'y aura pas de service médical dans la Société jusqu'à l'acquittement de la dette.

Le Secrétaire général,
Dr DIFFRE.

REPORTAGE MÉDICAL

Récompenses (1). — Par décision ministérielle et après avis du conseil d'hygiène, les distinctions suivantes ont été accordées dans les services hospitaliers de la ville de Paris, à propos des actes de dévouement accomplis près des contagieux :

Médailles d'argent. — MM. Hermary, interne à l'hôpital Trousseau ; Ferron (Jules), interne à l'hôpital Trousseau ; Grosjean (Simon), interne à l'hôpital maritime de Berck.

Médailles de bronze. — M. Bigot (Edmond), externe à l'hôpital des Enfants-Malades.

Nous sommes heureux d'apprendre, d'autre part à nos lecteurs que M. le Dr Pauthier (de Senlis), et M. le Dr Duhourcau (de Cauterets), membres du Concours médical, viennent de recevoir les palmes d'officier de l'instruction publique.

— *Société de Chirurgie.* — La séance annuelle aura lieu le mercredi 29 avril.

Ordre du jour : 1° Allocution de M. Th. Anger, président :

2° Rapport annuel sur les travaux de la Société par M. Segond, secrétaire annuel ;

3° Eloge de M. A. Guérin, par M. Reclus, secrétaire général ;

4° Proclamation des prix.

— *La variole en Angleterre.* — L'épidémie de variole déjà signalée à Gloucester et dans les environs, augmente d'une façon inquiétante. La semaine dernière a vu constater 195 cas, alors que la semaine précédente n'en avait relevé que 172.

En moins d'un mois, l'épidémie a frappé 622 personnes et fait 104 victimes. Environ 30 médecins des hôpitaux de Londres sont partis pour Gloucester, afin d'y assister le personnel médical local devenu insuffisant. N'oublions pas de signaler que, dans la région atteinte, les autorités locales s'étaient refusées à permettre l'application des mesures générales de vaccination et revaccination.

— *A l'Institut Pasteur.* — L'institut Pasteur vient de terminer son rapport sur les vaccinations antirabiques pendant l'année 1895.

Il résulte de ce rapport que, sur 1,523 personnes qui ont subi le traitement de la rage, 5 sont mortes, mais chez trois d'entre elles les premiers symptômes se sont manifestés moins de quinze jours après la dernière inoculation ; en outre, une autre personne ayant été prise de rage au cours des inoculations n'est pas comptée au nombre des personnes traitées. Donc, le chiffre des décès se réduit à deux. C'est un immense progrès en comparaison des années précédentes, car sur 2,761 personnes qui furent traitées en 1886, il en mourut 25.

Au point de vue de leur nationalité, les malades soignés en 1895 se répartissent ainsi : France 1,263, Angleterre 176, Belgique 6, Egypte 2, Espagne 11, Grèce 2, Pays-Bas 6, Indes anglaises 20, Suisse 35, Turquie 2.

Le département de la Seine a fourni à lui seul plus du quart des Français, exactement 359 ; le Rhône 152, l'Isère 67, la Seine-et-Oise 62, la Seine-In-

(1) L'Académie de médecine vient de partager le prix Saint-Paul (25.000 fr.) entre MM. Roux et Behring pour le progrès qu'ils ont fait réaliser dans le traitement de la diphthérie.

férieure 52, l'Hérault 29, la Haute-Garonne 25, la Drôme 25, les Côtes-du-Nord 25, les Landes 24, la Dordogne 23, la Gironde 22, le Pas-de-Calais 22, la Charente-Inférieure 20 et les Basses-Pyrénées 20.

— *Hôpitaux de Paris.* — MM. les docteurs Millard et Gérin-Roze sont nommés médecins honoraires des hôpitaux de Paris.

M. le docteur Chaput est nommé chirurgien titulaire de l'hospice de Bicêtre.

M. le docteur Marfan est nommé médecin titulaire de la maison de retraite des Ménages.

M. le docteur Gilles de la Tourette est nommé médecin titulaire de l'hôpital Hérold.

M. le docteur Béclère est nommé médecin titulaire de l'hospice Debrousse.

M. le docteur Giraudeau est nommé médecin titulaire de l'institution Sainte-Périne.

M. le docteur Michaux est nommé chirurgien titulaire de l'hospice d'Ivry.

— *Concours de l'internat en médecine.* — MM. les élèves externes des hôpitaux et hospices sont informés que, pour le concours de l'Internat en médecine qui doit s'ouvrir au mois d'octobre prochain, les conditions d'admission restent telles qu'elles étaient fixées pour les concours précédents.

Tous les externes comptant une année au moins de service en cette qualité dans les hôpitaux pourront y prendre part, les conditions d'admission au concours de l'Internat en médecine ne devant être modifiées qu'à partir de l'année 1897.

A partir du concours de 1897, les externes qui font leurs études conformément au régime fixé par le décret du 20 juin 1878 pourront se présenter à l'Internat pendant les sept années qui suivront la prise de leur première inscription de médecine ; toutefois, les années de présence sous les drapeaux ne seront pas comptées dans ce délai.

A raison des dispositions qui précèdent, les candidats devront produire, à partir de l'année 1897, indépendamment des certificats actuellement exigés pour l'inscription au concours, un certificat de scolarité délivré par l'Ecole de médecine, et constatant la date de la prise de leur première inscription.

Une réglementation sera prise ultérieurement en ce qui concerne les élèves soumis au nouveau régime d'études fixé par le décret du 31 juillet 1893.

— *Les honoraires médicaux en Prusse.* — Le ministre de l'Instruction publique de Prusse vient de faire adopter par le Landtag un projet de taxation nouvelle des honoraires médicaux. Elle ne sera applicable qu'à défaut d'entente entre médecin et client, et servira seulement d'élément d'appréciation dans les contestations. Si nous en jugeons d'après les quelques chiffres que nous fait connaître le *Bulletin médical*, ce tarif semble très avantageux pour les médecins en ce qui concerne la pratique courante, mais les opérations chirurgicales se payeraient notablement moins que cela n'a lieu aujourd'hui en France.

Et, au fond, ce serait peut-être assez juste.

— *Concours d'admissibilité aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés.* — Un concours d'admissibilité aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés aura lieu à Lille, à Lyon et à Montpellier le 5 mai prochain ; à Toulouse, le 8 mai ; à Paris, à Bordeaux et à Nancy, le 11 du même mois.

Le nombre de ceux des candidats ayant subi l'examen avec succès qui pourront être déclarés admissibles est fixé à six pour la région de Paris, à cinq pour celle de Lille et à trois pour chacune des régions de Lyon, Bordeaux, Nancy, Montpellier et Toulouse.

Les docteurs en médecine qui désirent subir les épreuves du concours devant le jury qui fonctionnera dans l'une ou l'autre des régions, devront adresser leur demande, sur papier timbré, au ministère de l'intérieur (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 1er bureau), de manière à ce qu'elle y soit parvenue dans la journée du 10 avril prochain, avant cinq heures, dernier délai de rigueur.

Cette demande, qui devra indiquer la région dans laquelle le candidat veut subir le concours, devra être accompagnée des pièces ci-après :

1° Acte de naissance ;

2° Certificat constatant que le candidat a accompli le stage d'une année au moins, soit comme interne dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit comme interne nommé au concours dans un hôpital ;

3° Diplômes, états de services, distinctions obtenues.

Les candidats qui seront autorisés par le ministère de l'intérieur à prendre part au prochain concours seront prévenus officiellement et recevront également les indications nécessaires au sujet du lieu ou siégera le jury d'examen et de l'heure à laquelle ils devront se présenter.

— *Une ville malsaine.* — Sait-on la ville qui tient le record de la mortalité en France ? M. Genis nous l'apprend dans une intéressante communication à la Société de médecine publique (25 mars 1896). C'est Marseille qui aurait 3,2 décès pour cent, alors que Londres n'en a que 1.9. En effet, la municipalité marseillaise, bien que socialiste d'étiquette, ne paraît avoir qu'un médiocre respect de la vie humaine. Ainsi, on a fait de superbes égouts, mais la municipalité actuelle n'a pris aucune disposition pour utiliser ce gigantesque travail quand il va être terminé et qui coûtera 30 millions.

Les maisons ne peuvent, à l'heure actuelle, être raccordées à l'égout et les vidanges continueront à se déverser, en partie du moins, dans le sous-sol transformé en puisard, pendant que les 122 kilomètres d'égouts recevront simplement l'eau de pluie.

Le vieux port et le canal, en plein centre de Marseille continueront donc à être le vaste dépotoir, un lac de m...., comme disent les marins.

C'est le pays de France où l'on meurt le plus de variole. En 1895 on comptait 130 décès par variole et par mois, alors que Paris n'avait que 17 décès pour toute l'année.

A quoi est dû cet état de chose ? Vous n'avez qu'à chercher dans les bulletins du Congrès de Pau (Discussion sur la variole) pour y lire : « que les revaccinations ne sont pas pratiquées dans les hôpitaux marseillais, qu'un médecin résident qui voulut les faire en 1889, ayant pris du vaccin à l'Institut vaccinal de Marseille, n'eut pas une réussite. S'étant adressé à Paris et à Tours, il eut deux succès sur trois. Le vaccin marseillais étant mauvais, la croyance se répand dans le public marseillais qu'il est inefficace et on ne l'utilise plus.

Quatre fois déjà le ministre de l'Intérieur a mis en demeure la municipalité de prendre des mesures sanitaires, mais le maire ne tient aucun compte de ces avis. N'est-ce pas à Marseille, comme le rappelait M. Martin, que, lors de la dernière épidémie de choléra, on crut satisfaire toutes les exigences des hygiénistes en brûlant pour 60.000 francs de soufre dans les égouts.

Il est vrai que la municipalité se prétend socialiste, c'est-à-dire amie du peuple. Quand donc en France perdra-t-on l'habitude de se payer de mots ? (*Le Correspondant médical*).

— Vient de paraître à la librairie *Masson*, 120, boulevard Saint-Germain, pour le prix de 12 francs, le Recueil des Leçons cliniques faites à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier, par le professeur *J. Grasset*. Ces leçons ont un intérêt scientifique de premier ordre. Le nom de l'auteur suffit pour garantir le caractère strictement pratique et rigoureusement clinique de l'ouvrage : le nom de l'éditeur dit assez le soin et la clarté qui ont été apportés à cette publication.

Le Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année  N° 18 2 Mai 1896

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Nos œuvres de prévoyance devant l'Association générale.

Il est incontestable, qu'un esprit nouveau anime le Conseil de l'Association générale des médecins français, et peut-être aussi les représentants des sociétés locales, qui composaient l'Assemblée annuelle d'avril 1896.

S'il nous a été donné d'entendre encore, au cours de la discussion, exprimer des idées un peu routinières et des vues ultra-fantaisistes sur l'organisation de certaines œuvres où le droit, dit-on, se marierait avec la bienfaisance, nous avons surtout retenu les jugements réfléchis et bien fondés, portés par les plus compétents, sur le rôle possible de l'Association, société de secours, et sur les obstacles qui l'empêchent absolument d'en jouer un autre, plus actif, à cette heure.

Mais, afin de répondre, une fois de plus, à quelques membres des bureaux de sociétés locales, qui persistent à nous affirmer le peu de sympathie de l'Association à l'égard des œuvres de prévoyance telles que celles créées par le « Concours médical », nous tenons à reproduire, une partie intéressante, entre toutes, du discours de M. le Dr Lereboullet, Secrétaire-général. C'est celle qui vise spécialement notre *caisse des pensions et l'Association amicale pour l'indemnité maladie.*

M. Lereboullet s'est exprimé en ces termes :

Les œuvres de prévoyance, nous l'avons maintes fois déclaré, doivent être approuvées, défendues, et, je le voudrais surtout, soutenues par l'Association générale. *Malheureusement ce que je viens de vous dire de notre situation, créée par la lettre même de nos statuts, nous a interdit, jusqu'à ce jour, les subventions que, sous forme de prêts ou d'allocations temporaires, je demandais, l'année dernière, d'accorder généreusement à tous ceux qui, s'étant inscrits à l'une des Caisses de prévoyance fondées en vue d'assurer des retraites ou des indemnités en cas de maladie, ne seraient pas en mesure de payer leurs primes annuelles.* Il appartiendra aux Sociétés locales d'étudier, à ce point de vue, ce qu'elles pourront faire, en distrayant de leur fortune, lorsqu'elle est suffisante, des *prêts d'honneur* destinés à un autre but, mais analogues à ceux que quelques-unes d'entre elles ont déjà consenti. Mais il importe, qu'aucun de nous ne se désintéresse de cette question. S'il arrive — et nous aimons toujours à l'espérer — qu'une loi plus libérale nous mette à même d'étendre la sphère de nos attributions et de constituer des Caisses de prévoyance, il faudra tout d'abord rechercher dans quelles conditions et comment les œuvres nouvelles devront être administrées. Comme l'a si bien dit notre Président, dans son discours de Marseille, toutes les sociétés locales devront garder « la gestion de leurs ressources et une autonomie entière, tout en ayant toujours le plus grand intérêt à resserrer encore les liens qui les unissent les unes aux autres ». N'est-ce pas affirmer que nous ne pouvons songer à imposer une règle uniforme à tous nos sociétaires ; que nous devons tenir compte des divergences d'opinion que créent, suivant les régions, les aspirations et les mœurs du corps médical ; qu'avant de vous proposer le fractionnement des cotisations, la création de livrets individuels et la spécialisation de notre comptabilité, tels que l'exigera la loi nouvelle, il convient de vous encourager à tenir compte, dès aujourd'hui, des avantages que présentent, au point de vue de la Prévoyance, les Sociétés déjà fondées par plusieurs de nos confrères.

Certes nous ne nous refuserons pas, le jour où vous le croirez utile et où la législation nous le permettra, de nous entendre avec ces Sociétés confraternelles, pour réaliser le progrès qu'attendent et espèrent de nous ceux qui ont surtout en vue l'assurance contre la maladie ou la vieillesse. Combien nos résolutions seraient plus faciles et plus sûrement acceptées de tous, s'il nous était démontré, par le plus grand nombre d'adhésions qu'elles recevraient du corps médical français, que les idées de prévoyance tendent à être mieux comprises et que la majorité des médecins tient à prouver, non par des protestations platoniques, mais par une adhésion effective et par des actes mûrement réfléchis, que les œuvres de prévoyance sont facilement réalisables.

Ce langage doit lever tous les doutes de certains confrères qui, trop peu au courant des

réelles, dispositions du Conseil, croyaient aller à l'encontre de ses vues en nous aidant à propager les œuvres de prévoyance.

C'est uniquement de cette façon, que la bienfaisance peut s'allier au principe du droit, afin de venir au secours des confrères malheureux. Si en effet l'inflexibilité des calculs n'admet pas qu'une même œuvre ait pour point de départ cette union de deux éléments inconciliables à première vue, rien n'empêche de solidariser entre elles, dans la mesure qui convient, toutes les sociétés qui visent la défense des intérêts du médecin.

C'est là que doivent tendre les efforts de ceux qui ont reçu du corps médical la mission de rechercher toutes les améliorations désirables pour notre profession.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement précoce des tumeurs blanches.

Dans un récent mémoire à la Société clinique des praticiens, M. le Dr *Bilhaut*, de Paris, passe rapidement en revue les différents traitements appliqués aux tumeurs blanches des articulations, et après avoir apprécié chacun d'eux d'une manière plus ou moins sévère, il indique quelle est, selon lui, la véritable méthode de choix à conseiller aujourd'hui. Les conclusions de son travail sont particulièrement intéressantes et, d'ailleurs, elles se trouvent résumées dans les propositions suivantes :

1° Il est actuellement admis que les tumeurs blanches sont de nature tuberculeuse ;

2° En raison du mode d'invasion de certains cas, ceux, par exemple qui succèdent à la fièvre typhoïde, au rhumatisme articulaire aigu, à la rougeole, à la scarlatine, il est permis de se demander si le micro-organisme qui leur donne naissance est constant ;

3° S'il est unique ;

4° S'il est associé à d'autres microbes. Des recherches sont à diriger dans ce sens.

Au point de vue du traitement :

5° Il est de rigueur de faire un diagnostic aussi hâtif que possible et de soumettre *rigoureusement* le patient aux procédés dits de *conservation* ; extension continue, *réelle*, immobilisation *complète*, avec ou sans révulsion ;

6° La méthode sclérogène ne semble pas avoir tenu ses promesses ;

7° L'ignipuncture profonde ou superficielle est un moyen infidèle ;

8° Les procédés de conservation ne sont réellement efficaces que dans la période initiale ;

9° Dans le stade des attitudes vicieuses, le traitement chirurgical seul est rationnel ;

10° Il consiste dans la large ouverture de l'articulation malade, et le nettoyage complet des tissus fongueux, par une dissection minutieuse ;

11° S'il existe des lésions du squelette, le traitement sera complété par l'évidement des os et, au besoin, par la résection.

12° Cette dernière opération sera faite par la méthode sous-périostée ;

13° L'intervention chirurgicale sera *aseptique* et non antiseptique, précoce et complète ;

14° Cette méthode est *seule* de nature à préserver l'organisme de l'infection ultérieure et d'assurer, parfois, à l'articulation atteinte, le retour au fonctionnement physiologique qui lui est dévolu ;

15° L'intervention chirurgicale a un quantum de gravité, moindre que l'expectation ;

16° Les résultats obtenus par l'intervention chirurgicale bien faite sont supérieurs à ceux qui accompagnent l'ankylose spontanée.

L'orphol.

M. le Dr *Chaumier*, de Tours, nous communique le résultat encourageant de ses recherches sur un nouvel antiseptique intestinal. Quel que soit notre scepticisme à l'égard des antiseptiques intestinaux, nous nous plaisons à enregistrer les études faites dans ce sens et en félicitons M. Chaumier. Ce nouveau médicament est *l'orphol* ou *naphtolate de bismuth*, c'est-à-dire une combinaison de naphtol et d'oxyde de bismuth. C'est une poudre grise qui n'a ni l'odeur pénétrante, ni la saveur abominablement brûlante du naphtol.

« Lorsque j'ai commencé mes études cliniques sur ce corps, dit M. Chaumier, j'ai eu de nombreux ennuis, dont je dois prévenir mes confrères. Lorsque j'ordonnais du naphtolate de bismuth, ou naphtol-bismuth, le pharmacien délivrait à mon client un mélange de naphtol et d'un sel de bismuth quelconque, de sorte qu'au lieu d'une poudre grise n'ayant à peu près aucun goût, mon malade se trouvait en présence d'une poudre blanche, dont le goût piquant *emportait la bouche*, au dire des patients.

D'autres fois, on délivrait une poudre grise, qui n'était qu'un mélange de naphtol et d'oxyde de bismuth, présentant le goût et l'odeur du naphtol.

J'en étais venu à prévenir mes malades de refuser toute poudre qui ne serait pas grise ou qui aurait le goût brûlant.

Cela a duré jusqu'au jour où j'ai appris que, sous le nom d'*orphol*, on vendait un naphtolate de bismuth, chimiquement pur et dépourvu de goût et d'odeur. »

L'orphol se décompose dans les voies digestives en naphtol et en bismuth. Des expériences faites dans le laboratoire du professeur Nencki, à l'Institut impérial de médecine expérimentale de Saint-Pétersbourg, par Jasenski, démontrent parfaitement cette décomposition. Le naphtol, issu de ce dédoublement, agit comme antiseptique. S'il existe concurremment de la diarrhée, l'oxyde de bismuth mis en liberté la combattra ; mais l'orphol ne produira pas les constipations opiniâtres, qui résultent parfois de l'usage des autres sels de bismuth.

Jasenski a prouvé, par d'autres expériences, que l'orphol entrave le développement des microbes dans l'intestin.

Enfin, il découle encore de ces travaux que ce corps n'est pas nuisible ; 10 grammes administrés, chaque jour, à des chiens, pendant trois semaines, n'ont produit aucun effet nuisible ; de même que l'usage prolongé de 5 grammes par jour chez l'homme. Jasenski le recommande dans toutes les maladies aiguës ou chroniques du tube digestif.

Hugo Eugel regarde l'orphol comme le meilleur antiseptique intestinal ; il le donne à hautes

doses, aussi bien aux enfants, qu'aux adultes ; c'est aussi l'opinion de Hueppe. Nencki, de son côté a démontré qu'on pouvait l'administrer aux malades pendant très longtemps sans aucun danger.

L'orphol contient 26,5 de naphtol et 73,5 d'oxyde de bismuth.

D'après M. Bouchard, il faut employer chez l'adulte, pour obtenir l'antisepsie intestinale, 2 gr. 50 de naphtol par jour.

D'après la composition de l'orphol, il faudrait 10 grammes de ce çorps.

Ceci est la théorie ; la pratique a prouvé qu'il n'était pas utile, dans le plus grand nombre des cas, d'atteindre cette dose, qui cependant n'aurait aucun inconvénient. Les auteurs qui ont étudié ce médicament, ont rarement dépassé cinq grammes. Cette dose, je l'ai souvent administrée à de très jeunes enfants ; c'est dire que chez l'adulte on peut doubler, tripler même, sans crainte. »

Les maladies dans lesquelles M. *Chaumier* prescrit l'orphol sont : le *cancer stomacal.*

Orphol de 5 à 10 gr. en 10 ou 15 cachets à prendre dans la journée, ou bien :

Orphol de 5 à 10 grammes,
Julep gommeux 200 grammes,

à prendre par cuillerées dans la journée ;

Orphol, en suspension dans l'eau du lavage de l'estomac, en place du sous-nitrate de bismuth qu'emploient un certain nombre de médecins,

On ordonnera : Orphol 10 grammes, en suspension dans un litre d'eau bouillie. Ce litre d'eau devra être le dernier de chaque lavage.

Il sera bon de faire 2 lavages par jour.

On retirera toute l'eau de chaque lavage, mais il restera sur les parois une mince couche d'orphol, qui servira de pansement.

Ces lavages sont utiles pour combattre les douleurs et les vomissements qui cèdent généralement, dès le premier ou le second jour et qui ne reviennent pas tant qu'on continue les lavages ; ils sont utiles également pour combattre la simple dyspepsie.

Dans *l'ulcère rond, les dyspepsies, la gastralgie, la dilatation stomacale, les gastrites*, les *intoxications* par les aliments avariés, *l'orphol* rend d'immenses services. M. Chaumier emploie encore l'orphol en lavements et en cachets dans les *entérites, la dysentérie, le cancer intestinal*, la *fièvre typhoïde, les diarrhées infantiles.*

Cependant, l'orphol ne guérit pas à lui seul toutes les diarrhées et certains petits malades succombent encore malgré le traitement.

On peut associer l'élixir parégorique du codex et le tannigène à l'orphol.

L'orphol peut être donné à dose assez forte chez les enfants ; on ne donnera jamais moins de 1 gramme ; 2 grammes seront la dose journalière pour les nouveau-nés ; mais on pourra aller jusqu'à 3 ou 4 grammes sans danger.

On donnera ce médicament suspendu dans une potion ou dans du sirop, ou bien, mélangé dans du miel.

Il sera utile dans certains cas de faire un lavage intestinal ; on pourra employer l'orphol suspendu dans l'eau bouillie : eau bouillie, 1 litre, orphol 5 grammes. Une petite quantité du médicament se déposera sur les parois et assurera l'antisepsie.

Le même liquide pourra servir au lavage de l'estomac chez les nourrissons, si on le reconnaît utile.

Comme topique externe *l'orphol* peut être avantageusement substitué au sous-nitrate de bismuth.

M. Chaumier le recommande contre les *brûlures*, sous forme de poudre ; il emploie encore l'orphol chez les petits enfants, au lieu de sous-nitrate de bismuth, pour poudrer les fesses et les cuisses ulcérées ; pour poudrer également les surfaces suintantes au cou ou derrière les oreilles. On se sert de l'orphol pur ou mélangé de poudre de talc.

On l'ordonne encore, mélangé à la vaseline, dans l'impétigo des enfants (1 gramme pour 10 grammes) ; on fait laver la surface malade — cuir chevelu, par exemple — plusieurs fois par jour, avec une décotion de bois de panama et on fait graisser après chaque lavage avec la pommade à l'orphol.

En résumé, avec *l'orphol* (naphtolate de bismuth) d'une part, et *la microcidine* (naphtolate de soude) d'autre part, dont nous avons déjà eu l'occasion de parler, on peut faire l'antisepsie complète *intus* et *extra*, sans dangers d'intoxications.

Les épiploïtes tardives consécutives aux opérations de hernies.

On a exposé dans un récent article du *Concours*, les bienfaits de la cure radicale des hernies et la technique de cette opération. Dans une thèse de Montpellier, M. le *Dr G. Roche* insiste sur les inconvénients que peut présenter parfois l'opération. Dans les deux ou trois semaines qui suivent l'intervention, quelquefois même deux ou trois mois après, surviennent brusquement des symptômes alarmants ; l'abdomen devient très douloureux, se ballonne, ou quelquefois au contraire se rétracte fortement, le patient émet des gaz, mais peu de matières fécales, il a avec cela des nausées, quelquefois des vomissements, alimentaires ou bilieux, mais jamais ou presque jamais ces vomissements ne prennent le caractère fécaloïde. En même temps que ces symptômes, la fièvre s'allume, la courbe atteint 39 et 40°, le pouls est petit et rapide, le facies prend cet aspect particulier qui est connu sous le nom de facies abdominal, et quelquefois un délire violent avec agitation intense vient achever le tableau. A l'examen direct on constate dans l'abdomen l'existence d'une tumeur assez étendue, mollasse, mate à la percussion et excessivement douloureuse. Une laparotomie est faite, donnant issue à du pus en plus ou moins grande abondance, au milieu duquel on retrouve des fils de soie qui avaient servi à la ligature de l'épiploon.

La collection purulente évacuée, un traitement antiseptique de la cavité est fait immédiatement et l'on peut voir, dès le jour même et comme par enchantement tous les symptômes précédemment décrits disparaître pour toujours.

Une autre fois, c'est un vieil herniaire qui, depuis de longues années, a une hernie où des poussées inflammatoires successives, se sont faites à divers intervalles ; sous une influence quelconque, à la suite d'un effort, sa hernie augmente de volume et s'étrangle ; les phénomènes marchent rapidement et amènent, à bref délai, une intervention chirurgicale. Le sac in-

cisé, on arrive sur une masse épiploïque presque violacée. A l'incision du sac, il s'est écoulé une sérosité rougeâtre. On débride le collet du sac et l'anneau constricteur agent de l'étranglement ; on attire l'épiploon sur lequel on place des ligatures aussi haut que possible et on résèque tout ce qui est en dessous d'elles.

Enfin, après que l'on a rempli toutes les conditions exigées par l'antisepsie la plus rigoureuse, on fait la cure radicale. Les suites sont simples et la plaie se réunit par première intention.

Tout semble donc marcher à souhait, quand tout à coup, vers le dixième ou le douzième jour, le malade se plaint de douleurs atroces dans l'abdomen ; il pousse des cris continuels pendant de longues heures, au point de devenir lui-même un supplice pour les autres malades de la salle. Une tumeur volumineuse dure, bosselée, mate à la percussion, occupe tout l'hypogastre du pubis à l'ombilic ; *la constipation opiniâtre, que les purgatifs les plus énergiques arrivent à peine à vaincre*, persiste avec émission de glaires par le rectum, glaires finement striées de traînées sanguinolentes. L'agitation est extrême, le malade passe ses mains sous son pansement, descend de son lit, malgré la surveillance, dont il est l'objet et la défense qui lui avait été faite.

A côté de ces phénomènes nerveux à allures bruyantes, on note une élévation thermique considérable et une accélération du pouls qui atteint 120 pulsations et au delà. Bref, tout se termine par la formation d'un abcès. Cette collection purulente une fois ouverte, soit spontanément, soit par la main du chirurgien, tous les symptômes inquiétants que nous venons de signaler s'amendent rapidement, quelquefois même brusquement, et le malade sort définitivement guéri.

Ce qu'il y a aussi de remarquable, c'est que toujours la réunion par première intention est obtenue et que pendant l'évolution de ces phénomènes réparateurs, rien de particulier ne survient.

Traitement du zona par l'huile gaïacolée.

M. le Dr *Descottes*, de Bénevent (Creuse), nous adresse la communication suivante à propos des bons effets analgésiques de l'huile gaïacolée :

Une de mes clientes, madame D..., âgée de 53 ans, très nerveuse, tempérament arthritique, pas d'antécédents pathologiques, est atteinte d'un zona intercostal très caractérisé par le siège de la névralgie, par son caractère de brûlure, par l'éruption en groupes de vésicules d'herpès sur le trajet d'un nerf intercostal, avec état suburral des voies digestives, etc.

La malade se plaint surtout des douleurs insupportables qui empêchent le sommeil et lui ôtent tout repos.

Malheureusement, l'arsenal thérapeutique est très restreint et l'expectation, les exhortations à la patience, avec quelques cachets de chloral, de valérianate de quinine sont insuffisants à contenter ma malade qui ne trouve qu'un très faible soulagement, gémit et déplore la pauvreté de la thérapeutique, vis-à-vis de cette maladie.

Enfin j'ai l'idée d'employer, oh ! sans grande conviction, l'huile gaïacolée à 1/2, en application locale.

Comme par enchantement, les douleurs cessent après un premier badigeonnage, pendant toute une journée et la moitié de la nuit.

Des onctions plus légères et très espacées (on verra pourquoi) eurent raison de cette douleur intolérable.

Huit jours après le commencement de ce traitement, commencé au 18e jour de la maladie, ma cliente n'accusait que des sensations de tiraillement, d'une brûlure très légère et l'appétit était revenu dès les premières applications. — Cette observation m'a paru très intéressante :

1° Parce que, jusque là, il n'y avait aucun remède qui soulageât efficacement les malades atteints de zona, pas même ces injections de morphine, dont l'action était tout à fait passagère et dont la répétition pouvait conduire à la morphinomanie bien plus terrible que le zona ; 2° parce que ma malade — femme très intelligente — me rendait un compte très détaillé de toutes ses sensations, après l'application de l'huile gaïacolée : — Le premier jour, malgré mon observation de n'employer que des doses minimes et surtout peu répétées, la malade, impatiente de trouver un soulagement immédiat, fit deux badigeonnages successifs et copieux à quelques minutes d'intervalle.

Elle éprouva une assez forte brûlure pendant un quart d'heure environ. A cette sensation de cuisson, succéda la disparition complète de la douleur, mais avec un abaissement considérable de température, contre lequel les bouteilles d'eau chaude, les couvertures, édredon, etc., ne purent rien pendant une heure. — Le refroidissement portait sur la partie inférieure du corps et spécialement sur le côté gauche et le membre inférieur gauche, l'application ayant été faite de ce côté. Puis la température se releva, et pendant toute la journée et la moitié de la nuit suivante, la malade accusa un très grand bien-être, put prendre un peu de nourriture et beaucoup de repos.

Les badigeonnages d'huile gaïacolée furent répétés de loin en loin, un par jour environ, et les douleurs, devenues très supportables, disparurent peu à peu, tandis que l'état général s'améliorait progressivement.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

L'aconit et la belladone.

Notre 3e article de thérapeutique sera consacré à l'étude de deux plantes particulièrement vénéneuses et dangereuses, l'aconit, d'une part, et la belladone, d'autre part.

A. L'ACONIT.

Botanique et pharmacologie.

L'aconit est une plante commune, de la famille des RENONCULACÉES ; on lui donne le nom de *Delphinium Napellus ou Aconitum Napellus*. L'aconit napel est une plante vivace à feuilles pédalées, à fleurs sans corolle, pourvues d'un calice pétaloïde bleu ou blanc : le sépale postérieur a la forme d'un casque. On utilise les feuilles, la tige et les racines en pharmacie ; mais il est prouvé que les préparations faites avec les feuilles et la tige n'ont aucune efficacité, et nous

conseillons de ne jamais les prescrire. Il n'y a, en réalité, que les racines d'aconit napel qui soient efficaces ; elles sont d'ailleurs tellement actives qu'il faut les manier avec beaucoup de prudence, surtout quand elles sont fraîches. La physiologie de l'aconit est encore fort mal connue et l'on se borne actuellement à attribuer toute son action à l'alcaloïde qu'on a découvert dans cette plante, *l'aconitine*. Les préparations faites avec l'aconit, à l'état sec, sont d'une variabilité extraordinaire, et telle dose, qui a paru anodine pour telle personne, est véritablement toxique pour telle autre. Les faibles doses sont analgésiques et antipyrétiques. Les doses massives atteignent les nerfs moteurs, dont elles paralysent les extrémités nerveuses à la façon du curare ; elles produisent des fourmillements très intenses, de la sécheresse de la gorge et une vaso-dilatation par paralysie, qui se traduit par des zones de rougeur répandues sur le cou, le visage, la poitrine.

La poudre, les extraits aqueux et alcooliques, sont presque inertes et ne doivent pas être prescrits. Restent la *teinture de racines sèches et l'alcoolature de plantes fraîches* Malgré la remarque de M. P. *Vigier*, qui assigne une efficacité double à la teinture sur l'alcoolature, nous persistons à ne conseiller l'emploi que de *l'alcoolature de plantes fraîches*. Il faut toujours indiquer textuellement cette désignation sur les ordonnances.

Voici la formule de préparation de l'alcoolature d'aconit :

Racines *fraîches* d'aconit napel	100 gr.
Alcool à 90°	100 gr.

Laisser macérer pendant 15 jours dans l'alcool, passer avec expression et filtrer.

L'alcoolature de racines d'aconit peut être administrée à doses élevées à condition de commencer par de faibles doses toujours fractionnées et progressivement augmentées.

Le Gendre.

De 1 à 2 ans.	II à IV gout. d'al. rac. d'aconit *pro die*	
De 3 à 5 ans.	VI à X	— — — —
De 5 à 10 ans	X à XV	— — — —

Dans une potion étendue, par cuillerées à café, à intervalles assez éloignés.

M. Comby dit qu'on peut donner par jour, à un enfant de deux ans, sans danger, V à X gouttes d'alcoolature de racines d'aconit, en espaçant les prises de 2 heures en 2 heures, de façon à ne donner pas plus d'une goutte par heure. A cinq ans, on peut aller à XX gouttes par 24 heures ; à dix ans, on ira jusqu'à XXX gouttes. On pourra aller plus loin encore à la condition de réfracter les doses.

L'alcoolature de racines d'aconit s'emploie en thérapeutique infantile ordinairement associée à la teinture de belladone.

Pour l'adulte l'aconit paraît être aussi très efficace, mais, à condition, suivant M. Dujardin-Beaumetz, d'en donner une dose suffisante, proche de la dose toxique. La dose toxique est, d'ailleurs, extrêmement variable suivant les individus et suivant telle ou telle disposition du même individu : un jour, on supportera sans accidents une dose, qui le lendemain serait absolument toxique, si on l'absorbait en une seule fois. Donc, pour l'aconit, comme pour la digitale, le fractionnement des doses est indispensable et l'observation précise des phénomènes produits est non moins nécessaire pour l'administration scientifique de l'aconit. Un adulte peut prendre ainsi, en 24 heures, vingt, trente, quarante, cinquante, soixante et soixante-dix gouttes d'alcoolature de racine d'aconit par doses de dix gouttes toutes les deux heures. Un de nos confrères a pu ainsi préconiser comme abortif de la grippe une dose de **5 grammes** d'alcoolature de racine d'aconit en 24 heures, ce qui représente 5× 53 (puisqu'un gramme de teinture alcoolique représente 53 gouttes du compte-gouttes ordinaire) = 265 gouttes ; pour prendre cette énorme dose, il faut procéder, comme toujours, par fractionnement : XXX gouttes toutes les 2 heures.

L'alcaloïde extrait de l'aconit, se nomme *l'aconitine*. L'aconitine est extrêmement toxique : le codex prescrit l'emploi de *l'aconitine cristallisée* ; on peut aussi se servir de *l'aconitine amorphe de Hottot*, ou du *nitrate d'aconitine de Duquesnel*. Toutes ces substances sont extraordinairement puissantes ; aussi, ne doit-on les prescrire que par fractions minuscules, 1/10 de milligramme à chaque dose, soit en granules, soit en solution.

Granules d'aconitine cristallisée de 1/10 de millig. 6 à 8 par jour.

Dujardin-Beaumetz conseille de ne pas dépasser 1/4 de milligramme en 24 heures.

M. Grasset emploie au début 6/10 de milligr. en 24 heures.

Aconitine cristallisée...	0,10 centigrammes.
Alcool à 40°............	1 gramme.
Eau distillée...........	500 grammes.

Une cuillerée à café contenant 5 grammes représentera 1/10 de milligramme d'aconitine.

On pourra administrer 6 à 8 cuillerées à café de cette solution en 24 heures.

De l'aconit, on extrait encore un alcaloïde assez rarement employé, la *napelline*, trouvée par Laborde dans les eaux mères d'où l'on a retiré l'aconitine cristallisé.

Cette substance est narcotique comme la narcéïne de l'opium. On peut en donner deux à cinq centigrammes en pilules ou en injections hypodermiques, par 24 heures.

Thérapeutique. — Les préparations d'aconit se prescrivent journellement, chez l'enfant, pour combattre l'élément douleur et l'élément fièvre. Elles agissent principalement contre les névralgies congestives du trijumeau et contre les affections congestives et catarrhales des voies respiratoires. Gubler ne connaissait pas de meilleur médicament contre les névralgies et tics douloureux de la 5e paire. L'action de l'aconit, sur les fonctions de la peau, est une action éliminatrice, qui le rend fort utile dans toutes les maladies où la perturbation de l'activité cutanée joue un grand rôle : telles sont la grippe, la courbature, l'angine et le catarrhe pulmonaire aigu, la névralgie rhumatismale, la rougeole, la variole, la scarlatine, la miliaire, l'érysipèle.

Chez l'enfant, on donne l'alcoolature de racine d'aconit en potion ; chez l'adulte, on donne cette préparation soit en potion, soit, de préférence, par gouttes dans une infusion bien chaude de tilleul, dix, vingt et même trente gouttes toutes

les 2 heures, en ayant soin de s'arrêter dès que surviennent des fourmillements et des picotements au nez et aux extrémités.

L'aconitine est souvent merveilleuse contre les névralgies faciales, à condition de la donner par petites doses d'1/10 de milligramme.

Les substances incompatibles avec l'aconit et l'aconitine, sont les mélanges qui dégagent du chlore et de l'iode.

L'empoisonnement par l'aconit est généralement foudroyant, comme l'ont encore récemment montré les exemples de Lille (cinq soldats sont morts, après avoir absorbé par mégarde de la teinture d'aconit, lors de l'incendie de l'hôpital Saint-Sauveur).

Aux fourmillements et picotements de la gorge, succèdent rapidement la congestion énorme de la face, les convulsions toniques et cloniques et l'arrêt du cœur en diastole

Les antidotes de l'aconit sont :

Pompe stomacale ou vomitifs. Emétique 0,05 à 0,10 centigr. Ipéca, 2 grammes. Sulfate de zinc ou de cuivre 0,20 à 0,30 centigrammes. Injection hypodermique de 7 à 10 milligrammes d'apomorphine. — Solution d'iodure de potassium iodurée. Vin. Champagne. Alcool. Ether. — Teinture de belladone XX gouttes ou injection hypodermique d'un milligramme sulfate d'atropine. Frictions. Chaleur aux extrémités.

Au besoin, 1 gramme de teinture de digitale, inhalations de nitrite d'amyle, injection hypodermique d'ammoniaque liquide étendue. — Respiration artificielle en dernier ressort.

B. La belladone.

Botanique et pharmacologie.

La belladone est une plante de la famille des solanacées, que l'on désigne en botanique sous le nom *d'atropa belladona.* Cette plante est herbacée, à souche vivace, charnue, allongée, à tiges aériennes assez hautes. Les feuilles sont simples, un peu sinueuses, glabres, à pétiole court, ovales, longues de 10 à 20 centimètres. Les fleurs sont solitaires, violacées. Le calice est aurescent, autour du fruit en forme de baie noire, grosse comme une petite cerise.

L'apparence assez tentante du fruit de la belladone est trompeuse pour les enfants et les ignorants, et beaucoup d'empoisonnements surviennent à la campagne ou dans les jardins publics, à la suite de l'ingestion de quelques-uns de ces fruits.

Les feuilles, la tige, le rhizome et le fruit de la belladone, sont également vénéneux et dangereux. On en fait de nombreuses préparations pharmaceutiques qui sont les suivantes :

1° *Poudre de racine de belladone.* Doses : de 0,02 centigrammes à 0,10 centigrammes chez l'adulte, de 0,005 m. m. g. à 0,01 centigr. chez l'enfant.

2° *Poudre de feuilles de belladone.* Doses doubles.

3° *Extrait aqueux de belladone.* Doses : 0,02 à 0,15 c. g.

4° *Extrait alcoolique.* Doses : 0,01 à 0,10 c. g. chez l'adulte — 0,004 à 0,01 c. g. chez l'enfant.

5° *Teinture alcoolique de belladone.*

Feuilles de belladone.......	100 gr.
Alcool à 60°.................	500 gr.

Faire macérer dix jours.

Doses : V à XXX gouttes en 24 heures chez l'adulte.

1 gramme équivaut à LIII gouttes.

— En ce qui concerne l'enfant, nous conseillons de donner II gouttes par année d'âge, une le matin, une le soir.

Exemple : Enfant de 3 ans.

VI gouttes par jour. III le matin, III le soir.

Ne pas dépasser XV gouttes en 24 heures.

6° *Teinture éthérée de belladone.*

Moins usitée. Mêmes doses que la teinture alcoolique.

7° *Alcoolature de belladone fraîche.*

Même activité et mêmes doses que la teinture.

8° *Sirop de belladone.*

Teinture de belladone.........	75 gr.
Sirop de sucre................	925 gr.

Une cuillerée à café de sirop correspond à 37 centigrammes de teinture de belladone; ou, si l'on préfère, à XVII gouttes environ, ou encore, à 12 milligrammes d'extrait alcoolique. Chez les adultes, on peut donner 1 cuill. à soupe par jour de ce sirop ; chez l'enfant, il vaut mieux s'en abstenir ou, tout au moins, prescrire une cuillerée à café en 3 jours, ce qui est minime et exige plus de calculs, pour combiner une potion convenable, que la teinture dont on connaît le dosage.

— La belladone se prescrit aussi beaucoup à l'extérieur sous forme de :

1° *Cigarettes,* contre la toux et l'oppression. (Feuilles associées au Datura.)

Dose : 1 gramme de feuilles, avec papier nitré.

2° *Emplâtres, pommades, onguents, liniments,* avec l'extrait de semences de belladone.

Doses : 1 à 2 grammes, pour une pommade ou un liniment belladoné.

La belladone entre dans la composition du *baume tranquille* (Feuilles de belladone), et de *l'onguent populeum* (mêmes feuilles).

— On trouve, dans les différentes parties de la belladone, un certain nombre d'alcaloïdes, dont les principaux sont : *l'Atropine,* la *Rotoïne* et la *Scopoléine* (racine de belladone du Japon).

Tous ces alcaloïdes ont les mêmes propriétés physiologiques : ils sont d'abord très toxiques.

L'atropine, que nous prendrons pour type, a, lorsqu'on la donne à très petites doses, la propriété de produire des phénomènes d'excitation, principalement dans le territoire du grand sympathique, sur les fibres lisses (resserrement des capillaires, coliques, envies d'uriner) ; quand les doses sont plus fortes, on voit se produire des hallucinations et un délire furieux.

Les premiers symptômes de l'intoxication par la belladone sont : la rougeur inusitée du visage, la congestion des pommettes des joues, l'éclat inaccoutumé des yeux, la dilatation des pupilles et la sécheresse de la gorge. Chez les personnes un peu observatrices d'elles-mêmes, c'est fréquemment cette sécheresse de la gorge qui est remarquée la première ; chez les enfants, c'est la rougeur subite du visage et la dilatation pupillaire, qu'on observe en premier lieu.

L'atropine agit particulièrement sur les muscles de l'iris et en détermine la paralysie, qui se traduit par une dilatation énorme de la pupille (*mydriase*). Cette action est locale et se produit même sur un œil arraché de l'orbite (Ruyter). De plus, l'atropine excite le cerveau, puis le pa-

ralyse, sans amener de sommeil. Elle paralyse aussi la moelle épinière et cette diminution du pouvoir excito-moteur de la moelle se traduit par une accélération des battements du cœur, une diminution des sécrétions, par paralysie des fibres sécrétoires, etc.

Le sang est souvent aussi influencé ; les globules sont déformés, les mouvements amiboïdes des leucocytes et leur diapédèse sont entravés.

Les doses médicinales de l'atropine sont :

Sulfate d'atropine 1/2 milligramme par dose, jusqu'à 5 et même 10 milligrammes en 24 heures. On donne l'atropine en granules d'1/2 milligr. et en solution titrée : 0,05 pour 500 gr. 1 cuill. à café. Le sirop est quelquefois employé : il contient 1 milligramme pour 20 grammes de sirop.

Le meilleur mode d'administration de l'atropine est la solution pour injections hypodermiques :

Sulfate d'atropine........ 0,05 centigr.
Eau distillée stérilisée... 100 c. c.

Le maximum de la dose d'atropine en 24 heures est 2 centigrammes : encore, ne doit-on pas y arriver dès les premiers jours.

Les ophthalmologistes emploient, sur une très large échelle, le collyre à l'atropine pour les examens ophthalmoscopiques et contre une foule de maladies oculaires ; les doses habituelles sont de :

Sulfate d'atropine....... 0,02 centigr.
Eau distillée............ 10 gram.
Collyre faible.
Sulfate d'atropine....... 0,05 centigr.
Eau distillée............ 10 gram.
Collyre fort.

I ou II gouttes dans l'œil.

On prescrit, parfois encore, l'atropine sous forme de pommade (Brockes).

0,25 centigram, d'atropine
pour 5 ou pour 10 gram. de vaseline.

Thérapeutique. La belladone est un précieux médicament pour les affections spasmodiques et catarrhales des voies respiratoires. Trousseau la considérait presque comme le spécifique de la coqueluche. Chez l'enfant, elle est fort maniable ; car elle est généralement bien tolérée. D'ailleurs, on l'associe habituellement à l'aconit.

Teinture de belladone.............. } ââ
Alcoolature d'aconit (racines)...... } p. e

Dans toutes les bronchites et affections catarrhales, la belladone sous forme de teinture ou d'extrait alcoolique, donne de bons résultats Trousseau recommande de la donner, chez l'enfant, jusqu'à ce que les pommettes deviennent vultueuses et les yeux brillants. Il associe le sirop de belladone aux sirops de valériane et de digitale, à parties égales, et donne 3 ou 4 cuillerées à café par jour de ce mélange dans le cas de coqueluche ; nous trouvons bonne cette association, mais nous y ajoutons un peu d'alcool et de bromoforme.

La belladone se donne aussi seule, ou associée à la teinture de rhus radicans, contre l'incontinence nocturne d'urine.

On prescrit les feuilles, en fumigations ou en cigarettes, contre les oppressions et crises aiguës d'emphysème et d'asthme.

Les pommades belladonées sont de bons calmants pour les douleurs d'engorgements mammaires, d'abcès ganglionnaires ou de phlébites variqueuses.

L'atropine est employée, par les oculistes, en collyre pour les examens ophthalmoscopiques, pour la myopie progressive, pour l'iritis, pour la photophobie en général. Elle est contre-indiquée dans le glaucôme aigu, dont elle augmente les douleurs, par accroissement de la pression intra-oculaire. Elle calme peu les douleurs névralgiques, mais elle est précieuse sous forme de granules d'1/4 ou d'1/2 milligr. contre les sueurs des phthisiques. On prescrit encore l'atropine dans l'épilepsie, la chorée, les bronchites nerveuses, les laryngites striduleuses, la dysurie et la spermatorrhée spasmodique. L'atropine se prescrit dans les cas d'œsophagisme, de contracture anale et de rigidité utérine.

Un dernier effet de la belladone est une légère excitation de l'intestin, qui se traduit par une plus grande fréquence des selles ; d'où l'indication de suspendre la belladone et l'atropine pendant les périodes de diarrhée.

Les autres alcaloïdes, la rotoïne et la scopoléine, ont les mêmes propriétés que l'atropine, mais, un peu moins puissantes.

Empoisonnements. — Les empoisonnements par la belladone sont trop fréquents pour que nous n'y insistions pas un peu.

Les symptômes sont : Mydriase extrême, dysphagie, aphonie, hallucinations, délire souvent furieux, convulsions semblables à celles de la rage, paralysie motrice et sensorielle, insensibilité, rougeur scarlatiniforme des téguments, priapisme, tympanisme, incontinence fécale et urinaire, ralentissement et affaiblissement des mouvements cardiaques et respiratoires, coma et mort par asphyxie ou par syncope.

L'élimination de la belladone se fait par le rein et l'urine.

Contre-poisons. — Vomitifs. Lavements purgatifs. — Stimulants, café chargé. Chaleur aux extrémités, sinapismes aux jambes.

6 grammes de jaborandi ou injection hypodermique de 0,02 centig. de chlorhydrate de pilocarpine.

Injection de morphine 0,02 centigr ; à répéter, jusqu'à contraction de la pupille.

Respiration artificielle en dernier ressort.

Rappelons, en terminant, l'antagonisme de la belladone et de l'atropine, d'une part et de l'ésérine et de la fève de Calabar, d'autre part. Cet antagonisme est surtout utilisé par les ophthalmologistes, pour le traitement des affections oculaires.

Dr Paul Huguenin.

CLINIQUE LARYNGOLOGIQUE

Syphilis secondaire du larynx.

Bien que la syphilis puisse frapper le larynx, aux diverses périodes de son évolution, ce sont surtout les lésions tertiaires de cet organe qu'on a l'occasion d'étudier et de traiter. Le chancre est, en effet, presque inconnu dans le larynx : les cas exceptionnels qui en ont été publiés sont sujets à caution ; on conçoit d'ailleurs fort bien cette rareté, si l'on réfléchit que l'accident pri-

mitif ne saurait guère résulter que d'une inoculation accidentelle, faite par une main médicale, armée d'un instrument malpropre. D'autre part les accidents secondaires passent le plus souvent inaperçus, soit parce qu'ils provoquent peu de gêne, soit parce qu'on méconnaît leur véritable nature.

Les lésions laryngées sont cependant loin d'être exceptionnelles, au cours de la période secondaire.

On peut en observer dès le début de l'infection, avant que le chancre ait disparu ; d'autres fois, elles apparaissent tardivement à la fin de la seconde année, voire au commencement de la troisième ; mais, le plus souvent, c'est de trois à six mois, après le chancre, qu'elles font leur apparition. Elles sont habituellement, mais non constamment, accompagnées d'accidents cutanés et surtout de lésions des muqueuses génitales, buccales ou gutturales. La coexistence de lésions pharyngées est particulièrement fréquente et l'on voit souvent le processus s'étendre du pharynx au larynx, en envahissant d'abord l'épiglotte, les replis aryténo-épiglottiques, puis les bandes ventriculaires et enfin les cordes vocales. Ce mode d'extension explique que la syphilis ait une prédilection pour l'entrée du larynx.

Les efforts vocaux, le séjour dans une atmosphère chargée de poussières, de fumée de tabac ou de vapeurs irritantes quelconques, les excès alcooliques, favorisent la localisation des lésions sur la muqueuse laryngée, de la même façon que l'on voit parfois un traumatisme local devenir l'occasion du développement d'un accident tertiaire.

Les troubles fonctionnels causés par les accidents secondaires laryngés de la syphilis sont d'ordinaire peu marqués. Ce sont surtout des troubles phonatoires ; la voix est couverte, enrouée, rauque parfois ; il y a rarement une aphonie complète. Le malade se fatigue rapidement à parler ; il se plaint en outre d'une sensation d'ardeur et de sécheresse dans la gorge, surtout pendant la nuit. Il n'y a pas plus de dyspnée que dans une laryngite simple, car les lésions sont superficielles et ne s'accompagnent pas d'une tuméfaction marquée de la muqueuse. Il peut se produire un certain degré de dysphagie, quand il existe des ulcérations du bord libre ou de la face linguale de l'épiglotte et du pli glosso-épiglottique médian ou bien encore dans le cas, assez commun, où l'amygdale linguale est augmentée de volume. La toux fait également défaut, à moins que les lésions n'aient envahi, simultanément, la trachée et qu'il ne se développe en cette région des mucosités qu'il faut expulser. En somme, la symptomatologie fonctionnelle de ces altérations est d'ordinaire assez pauvre.

L'examen laryngoscopique révèle la cause de ces légers troubles, en nous faisant constater, tantôt, une vive rougeur de la muqueuse laryngée sans autre modification, tantôt des plaques érosives ou des papules.

L'érythème est la plus fréquente et la plus bénigne des manifestations laryngées de la syphilis. Il se caractérise par une rougeur d'ordinaire marquée, parfois intense et presque purpurique, de toute la muqueuse, mais surtout des cordes vocales inférieures, qui souvent sont légèrement épaissies, dépolies et rugueuses ; un léger exsudat blanchâtre les recouvre habituellement, en un ou plusieurs points. Ce catarrhe syphilitique, cette roséole du larynx, comme on l'a parfois appelée, dure trois ou quatre semaines en moyenne ; il est susceptible de récidiver. Sans gravité par lui-même, il est souvent l'avant-coureur de lésions plus considérables.

Les plaques érosives revêtent des aspects différents suivant les points où elles se développent : sur l'épiglotte, les aryténoïdes et les bandes ventriculaires, elles présentent des caractères rappelant celui des plaques muqueuses de la gorge : érosions superficielles, arrondies ou ovalaires, à fond gris ou opalin, entourées d'un liseré carminé, tranchant, par sa coloration intense, sur celle de la muqueuse environnante qui est cependant plus ou moins congestionnée. Ces érosions sont souvent multiples sans toutefois être disséminées dans tout le larynx ; elles restent localisées à l'une des parties de celui-ci, à l'épiglotte, aux replis aryténo-épiglottiques, qui sont parfois légèrement œdématiés ; elles prédominent souvent d'un côté de l'organe. Sur les cordes vocales, les plaques ont un aspect un peu différent suivant l'époque de leur évolution ; au début ce sont des taches d'un blanc mat, grisâtre, reposant sur une muqueuse déjà congestionnée, hyperhémiée ; elles sont souvent disposées en des points symétriques, sur chacune des cordes ; plus tard, elles s'allongent, s'étendent parallèlement à l'axe des cordes sous forme d'une bande, d'un liseré blanc mat. Ces lésions se modifient d'ailleurs très rapidement et leur aspect peut changer complètement en quelques jours. Leur durée est cependant assez longue : elles ne disparaissent souvent qu'après plusieurs semaines de traitement.

Les *papules* se développent, surtout, sur le bord libre des cordes, sous forme de taches surélevées, de petites tumeurs arrondies, sessiles. Elles s'ulcèrent parfois à leur sommet qui devient le siège d'une syphilide érosive. Leur évolution est très rapide ; elles sont très sensibles au traitement antisyphilitique et disparaissent en quelques jours sous son influence.

L'apparition de troubles de la voix, chez un individu qu'on sait, en pleine période secondaire, permet de supposer que ces troubles sont d'origine syphilitique, mais non de l'affirmer : les caractères de la dysphonie, ceux de la toux ou de la gêne à la déglutition, n'ont dans ces circonstances absolument rien de pathognomonique. L'examen laryngoscopique est nécessaire pour trancher la question : car il est évident qu'un syphilitique reste exposé à toutes les affections laryngées non spécifiques, inflammatoires ou néoplasiques, qu'il aurait pu contracter s'il n'était pas infecté.

L'érythème syphilitique n'est pas toujours aisé à distinguer d'une simple laryngite catarrhale. Cependant, dans cette dernière, la rougeur est moins uniforme, les sécrétions muqueuses sont plus abondantes ; la toux, l'expectoration, les chatouillements laryngés, les troubles phonatoires, sont plus marqués que dans la laryngite spécifique, laquelle évolue presque à froid, sans provoquer de sensation pénible.

Les plaques muqueuses peuvent être confondues surtout avec les érosions de la laryngite simple et avec les ulcérations tuberculeuses.

Les érosions catarrhales sont si rares que certains auteurs ont cru pouvoir en nier l'existence : elles siègent principalement sur les cordes vocales inférieures et s'accompagnent d'une sécrétion blanche et laiteuse. A la vérité, lorsqu'elles se développent chez un syphilitique, il est impossible de les distinguer sûrement des plaques muqueuses. Les ulcérations tuberculeuses sont blafardes, ne sont pas entourées d'un liseré rouge; elles reposent sur une muqueuse plutôt pâle que congestionnée ; les tissus avoisinants sont tuméfiés et les autres régions du larynx, notamment les fausses cordes et les aryténoïdes, sont infiltrées.

Les plaques muqueuses de l'épiglotte et de l'entrée du larynx pourraient encore être confondues avec des ulcérations herpétiques ou aphtheuses. Mais celles-ci ne sont jamais limitées au larynx ; on en retrouve dans le pharynx ou dans la bouche, avec leurs caractères classiques.

Les papules se distinguent des diverses lésions qui peuvent les simuler, non seulement par leurs caractères laryngoscopiques, mais aussi et surtout par la rapidité de leur évolution. Les altérations laryngées, qui pourraient en imposer pour des papules syphilitiques, ont toutes en effet une marche chronique : tels sont les nodules de certaines laryngites chroniques, les petits fibromes du bord libre des cordes et certaines infiltrations circonscrites de la tuberculose laryngée. Les difficultés ne deviennent presqu'insurmontables que dans les cas où les lésions s'observent chez un tuberculeux en puissance de syphilis.

Le pronostic de ces diverses lésions est bénin. En général, en effet, leur durée est éphémère ; elles disparaissent, sans laisser de trace, dans l'espace de quatre à six semaines. Telle est du moins la règle. Mais il faut aussi compter avec les exceptions. L'évolution ne reste bénigne qu'autant que le malade est traité, et qu'il est soustrait aux conditions hygiéniques défectueuses capables d'entretenir ou d'aggraver les lésions.

Chez les individus qui continuent à surmener leur organe vocal, à faire abus du tabac ou de l'alcool, les lésions récidivent très aisément ou bien l'affection se prolonge indéfiniment ; l'hyperhémie laryngée s'installe à poste fixe, et l'on voit souvent se constituer une hyperplasie de la muqueuse qui n'a rien de spécifique, mais qui constitue une variété de laryngite chronique et parfois une véritable pachydermie laryngée, dont le malade ne pourra plus se débarrasser : la voix est alors compromise pour le reste de l'existence ; elle présente les caractères de la voix crapuleuse, de la voix de rogomme.

La crainte des récidives, le danger de l'installation de lésions hyperplasiques doit faire traiter avec grand soin ces laryngites secondaires qu'on a souvent le tort de négliger et d'abandonner à elles-mêmes. Nous ne dirons rien du traitement général qui doit être appliqué dans toute sa rigueur, cela va de soi.

Mais nous insisterons sur l'utilité et l'efficacité du traitement local : il fait merveille dans le larynx, de même que dans le pharynx ou dans la bouche, où l'on voit souvent des plaques muqueuses, qu'un traitement interne de plusieurs mois n'avait pas modifiées, disparaître en quelques semaines sous l'influence d'un traitement topique.

Celui-ci consiste en attouchements à l'aide d'un tampon de coton monté sur une tige de courbure convenable et qu'on introduit dans le larynx sous le contrôle du miroir, après l'avoir imbibé d'une solution modificatrice. En cas d'érythème, les solutions faibles de nitrate d'argent ou de chlorure de zinc à 1/40 ou à 1/30, donnent de bons résultats ; on peut aussi employer un mélange, à parties égales, de teinture d'iode et de laudanum, ou bien encore une solution iodo-iodurée à 1/20. Les plaques muqueuses et les papules doivent être touchées avec des solutions plus actives et plus concentrées, en particulier avec la solution de nitrate d'argent à 1/10 ou à 1/5. Ces attouchements doivent être faits tous les trois ou quatre jours.

Il est indispensable de prévenir le malade qu'il ne tirera un bénéfice de ce traitement que s'il ne surmène pas son organe vocal et s'il évite toutes les causes susceptibles de l'irriter. Ces précautions hygiéniques devront être prises, non seulement pendant la durée des lésions laryngées, mais encore pendant toute la durée de la période secondaire, si l'on veut prévenir les récidives.

Dr M. Boulay,
ancien interne des hôpitaux.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les associations médicales.

Mon cher Confrère,

Je lisais, il y a quelques jours, dans la correspondance du *Concours*, la phrase suivante : « *La création de la Faculté de Toulouse a porté le dernier coup à l'exercice de la médecine dans le Sud-Ouest : elle nous inonde de nouveaux docteurs... en général struggle-for lifeurs, fin de siècle*, etc. » Chaque jour apporte une nouvelle confirmation de la vérité qu'elle énonce.

Je connais un jeune confrère, tout frais éclos d'une école de province, qui s'installe bravement dans un petit village où un vieux médecin mourait déjà de faim. Très fin de siècle, avec un jugement commercial très sûr, il voit de suite l'influence considérable du clergé dans la région, et il envoie une circulaire à tous les curés du pays. Puis il baisse les prix, déjà très bas, donne des consultations gratuites, fait 34 *kilomètres pour cent sous*.

Bien plus, obligé, comme son confrère, de faire la pharmacie, il trouve cette chose énorme, et digne à mon avis des honneurs de la lettre moulée : *si la maladie se termine plus tôt que les remèdes, il reprend, pour quelques sous, les fonds de bouteille, les pilules de reste !*

Cependant, on dit déjà que, malgré le succès très réel que lui vaut son talent commercial, cette jeune couche trouve la région indigne de son habileté et insuffisamment lucrative et elle est assurée de trouver sur un plus grand théâtre le prix de son savoir faire.

Et nous nous efforçons de lutter contre les ennemis de la profession, charlatans, rebouteurs et autres. Le mal n'est pas là. On ne saurait trop le redire : le plus grand ennemi du médecin, c'est le médecin. Le mal est en nous, chaque jour plus grave, parce que chaque jour la lutte est plus vive. Quand nous aurons perdu la con-

sidération et la confiance du public, parce que nous ne la mériterons plus, c'en sera fait de notre profession.

Qu'importe que le niveau intellectuel s'élève, si le niveau moral s'abaisse? Chez nous, le savoir est peu, le savoir-faire est tout, pour le bon public.

Et le comble de l'habileté, en médecine, c'est encore une vie digne, correcte, probe, au-dessus de toutes les compromissions et de tous les marchandages.

Le remède du mal est dans les associations. Il faudrait que tous les médecins fissent partie de sociétés locales, de syndicats; qu'ils se vissent fréquemment, se réunissant tous les mois en des banquets, en des soirées où les questions scientifiques, déontologiques et profanes seraient librement traitées. En se voyant souvent, on apprendrait à s'estimer, on se sentirait les coudes, on créerait la vraie famille médicale, on s'aiderait, et les plus mauvais deviendraient meilleurs. Quel rêve! quel âge d'or idéal, pourtant réalisable.

Comparons les avocats aux médecins. Les avocats n'ont pas le droit de s'afficher en 4e page des journaux; ils n'ont pas le droit de placer une plaque à leur porte. Leurs chambres de discipline sont sévères, mais elles défendent avec autorité et toujours avec succès, les droits et les privilèges de la corporation. Quel exemple pour nous! Et pourquoi faut-il que ce qui est possible, chez eux, soit impossible chez nous?

Les objections qui ont été formulées contre cette idée de chambres de discipline médicales, que j'ai émise à cette place, il y a trois ans ne m'ont pas convaincu.

Une seule objection existe; et celle-là je l'ai vue dès le principe: c'est la difficulté de faire aboutir la moindre réforme en France. C'est notre terrible misoneisme.

Cette difficulté est encore accrue, dans l'espèce, par un des côtés de notre caractère. L'individualisme acharné des Français deviendra une des causes d'affaiblissement de la France.

Ici, nous nous adressons à l'Etat, dès le moindre malaise, comme si l'Etat nous devait tout. Et de fait, chez nous, entre l'individu et l'Etat, il n'y a rien; et, entre ces deux extrêmes, notre démocratie s'émiette de plus en plus.

Entre l'individu et l'Etat, il faut un troisième terme: il faut l'association, qui peut seule contrebalancer l'influence et les défauts des deux autres: extrême centralisation; aveuglement; inertie, entité trop rigide, trop théorique, trop absolue d'un côté, émiettement, faiblesse de l'autre.

Et qui ne voit la force que peut acquérir l'association? on ne la voit que trop, puisqu'on la craint déjà, encore que non existante.

Mais l'association a chez nous la plus grande peine à lutter contre l'individualisme; et, plus on va vers le midi, plus elle est contraire aux mœurs. Les avantages que nous y trouvons, dans le cas, spécial, de l'exercice de la médecine sont considérables tant au point de vue de la lutte contre les ennemis extérieurs, que de l'amélioration des rapports entre chacun de nous. Tout le monde voit cela, et cependant quand on assiste aux difficultés énormes — et notre directeur mieux que tout autre en pourrait discourir — qu'a le mouvement syndicataire à se développer, dans le monde médical, c'est-à-dire dans un milieu élevé, instruit, moral, et déjà très spécial, très isolé du monde extérieur, formant presque une caste à intérêts partout les mêmes, à ennemis partout semblables; quand on songe, dis-je, aux difficultés de son développement, on a le droit de craindre et de douter que la France puisse jamais compter, pour résoudre les difficultés intérieures et vaincre dans les luttes extérieures, sur cet appoint pourtant si utile et si puissant.

Dr Aymard.

Limoges (Lot).

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat général des médecins de Paris et du département de la Seine.

23 *décembre* 1895.

M. le Dr Archambaud a déposé un rapport sur l'utilité des cliniques privées au point de vue charitable et au point de vue professionnel.

En voici les conclusions:

1° Les cliniques, quelle que soit l'idée qui ait présidé à leur création, n'en sont pas moins des institutions d'assistance privée qui viennent en aide à l'Assistance publique et la complètent.

2° Les cliniques permettent à l'étudiant et au praticien de se perfectionner dans les connaissances qu'il a acquises à l'hôpital et d'en acquérir de nouvelles.

3° Il est utile de créer à Paris un Bureau central des cliniques, où tous les médecins trouveront les indications nécessaires pour telles ou telles études spéciales, et où les cliniciens pourront s'entendre, pour éloigner les malades riches des consultations gratuites.

4° Les dons et subventions aux cliniques n'engagent que ceux qui les acceptent ou les sollicitent, en les obligeant à se conformer aux règlements imposés par les donateurs.

5° Le Syndicat général des médecins de Paris et du département de la Seine, proteste avec énergie contre toute atteinte à la liberté du médecin, tant qu'il reste dans les limites de l'honnêteté et de la bonne confraternité.

Le Dr Maurice Bloch donne lecture d'une lettre par laquelle un homme d'affaires des plus honorables demande à être chargé du contentieux des cliniques.

Le Dr Archambaud fait observer qu'il y a un moyen bien plus simple et plus élevé que l'enquête d'affaires, c'est l'enquête d'assistance. Certains offices d'assistance ont été créés pour ce genre d'enquêtes très faciles; pourquoi le syndicat ne ferait-il pas quelque chose d'analogue? Il n'y a d'ailleurs qu'à renvoyer cette question, pour étude, à la commission des cliniques. (*Adopté.*)

Patentes.

Le Dr Paul Cornet, en l'absence du Dr Pédebidou, fait part au Conseil des travaux de la *Commission des patentes*. Cette commission s'est réunie, le 30 novembre, chez le Dr Geoffroy, et a décidé, sur la proposition du Dr Pédebidou, de réunir d'abord des renseignements officiels et d'obtenir en particulier, de la direction générale des contributions directes, un état des impôts provenant des loyers médicaux, et portant sur les catégories suivantes:

1° Loyers de 4,000 francs et au-dessous.
2° — de 4,001 à 8000 francs.
3° — de 8,001 francs et au-dessus.

Le Dr Pédebidou a fait les démarches nécessaires, et adressé au secrétaire général du Syndicat les renseignements que voici dans leur point capital (1) :

LOYERS DE	Nombre de médecins par catégories.	Taux du droit proportionnel.	MONTANT Impôt des Patentes	
			en principal	en principal et centimes additionnels de toute nature.
4,000 fr. et —	1594	15°.	203.660 fr.	411.365 fr.
4,001 à 8,000	292	12	136.436	272.733
8,001 et plus.	64	12	59.148	119.471
Totaux.....	1950		399.244 fr.	803.569 fr.

Le conseil reconnait qu'il est un peu tard pour agir avec une efficacité immédiate auprès du Parlement.

Il est décidé que la commission des patentes se réunira dans les premiers jours de janvier, pour donner aux documents officiels qui viennent d'être lus la suite qu'ils paraissent devoir faciliter.

Exercice de la pharmacie.

Le Dr Maurice Bloch donne lecture du rapport suivant :

Dans votre dernière réunion, vous avez voté les deux propositions suivantes :

L'obligation pour tout pharmacien de ne délivrer de substance toxique, même sous la forme de spécialité, sans l'ordonnance du médecin, et comme corollaire à cette première proposition, vous avez demandé que la spécialité portât sur son étiquette l'indication de la substance toxique, donnant ainsi au pharmacien le moyen légal de la refuser à son client.

Si vous le permettez, jetons un coup d'œil rapide sur quelques clauses contenues dans la future loi, et voyons celles qui doivent retenir notre attention.

Un article traite de la commandite : il accorde, à toute personne, l'autorisation de placer ses capitaux dans une entreprise pharmaceutique. Les pharmaciens protestent contre cette clause avec la plus grande énergie, redoutant, avec raison, l'installation de riches et puissantes officines.

Vous déciderez s'il y a lieu d'intervenir dans ce débat ; il m'a paru intéressant de vous le signaler.

Un autre paragraphe donne au médecin la latitude de vendre les médicaments en cas d'urgence, dans les localités où il y a une pharmacie ouverte. Ce paragraphe soulève également la colère des pharmaciens.

Vous aurez à vous prononcer si cette clause est utile à Paris, où nous possédons à proximité toutes les ressources pharmaceutiques, et s'il n'est pas plus conforme à la dignité médicale que la loi maintienne l'état de choses actuel.

Abordons maintenant le chapitre des médicaments. Ici, nous entrons dans le vif de la question. La loi, qui est encore à voter, divise les médicaments en trois catégories :

(*a*) En produits simples dont il sera dressé une liste et qui pourront être débités par n'importe quel commerçant, par l'épicier aussi bien que le pharmacien, l'herboriste devant être supprimé ;

(*b*) En médicaments composés, relevant d'une manipulation magistrale, comme le sirop de raifort iodé qui, eux, ne peuvent être vendus que par le pharmacien, sous sa responsabilité et sur la demande du client ;

(c) Et enfin, en médicaments toxiques qui, naturellement, ne seront délivrés, par le pharmacien, que sur l'ordonnance du médecin.

La loi votée, en première lecture, par la Chambre reste donc, comme vous le voyez, muette sur le chapitre des spécialistes ; il est fort probable qu'elle confirmera vos desiderata, puisque, déjà maintenant, elle assimile la spécialité au médicament. Il nous faudra cependant insister pour que le pharmacien soit dans l'obligation de refuser à son client le renouvellement de la spécialité toxique, sauf, bien entendu, dans les cas où l'ordonnance *portera la mention* : à renouveler.

Devons-nous borner notre action à ces seules conclusions ?

Notre syndicat, qui s'est donné la mission de défendre les intérêts du corps médical avec le concours de son frère aîné, le syndicat des médecins de la Seine, dont il doit être l'utile auxiliaire, ne doit rester indifférent à aucun des problèmes qui touchent notre profession.

Or, la spécialité pharmaceutique, avec son immense cortège de réclame et de prospectus, intéresse d'abord nos malades, et comme elle passe, à tort ou à raison, pour être une des causes du malaise dont nous souffrons, elle ne doit pas rester en dehors de nos préoccupations.

Il est fort possible et il est même probable qu'on s'exagère l'importance de cette réclame, car, de tout temps et à toutes les époques, la multitude a eu besoin de médicaments suggestifs, qui lui font trouver moins longue l'évolution naturelle d'une indisposition vers sa guérison, et il est non moins avéré que, dans les circonstances difficiles de la vie, le client vraiment soucieux de sa santé consulte son médecin.

Je vais résumer devant vous l'état actuel de la question.

On dit que la spécialité est une source de revenus considérables pour le trésor et qu'elle rentre pour une part importante dans le commerce de l'exportation (30 à 40 millions, ce qui est loin d'être prouvé). Elle excite l'indignation des pharmaciens parce qu'elle diminue leurs recettes, ce qui n'empêche pas la plupart d'entre eux d'en créer journellement de nouvelles et cela s'explique, car, pour ne pas succomber dans la lutte contre la spécialité, le pharmacien oppose la sienne à celles des vingt grandes maisons qui tiennent le marché dans leurs mains.

Les médecins, à leur tour, sans toutefois trop s'en émouvoir jusqu'à présent, lui reprochent d'être la cause occasionnelle de consultations gratuites, se distribuant par millions sous forme de circulaires et de prospectus ; mais ayant tous plus ou moins contribué à introduire la spécialité dans les mœurs en la prescrivant sans cesse et en continuant à la prescrire, nous serions mal venus de nous insurger contre elle.

Maintenant que tous les termes du problème sont bien posés devant vous (remarquez que si je voulais vous faire toucher du doigt toutes les autres difficultés qu'il soulève, il y aurait un rapport de cinquante pages à vous présenter), je vous demande, puisque nous sommes médecins, de localiser notre première discussion sur le terrain médical ; cherchons à savoir pour le moment si la spécialité est vraiment plus utile au malade que la préparation officinale, formulée par le praticien et exécutée par le pharmacien. Cette façon de procéder va simplifier nos débats.

Ne nous occupons pas de nos intérêts, et restons sur le terrain scientifique, le seul qui convienne à une assemblée de médecins ; nous éviterons ainsi la suspicion de plaider la cause des spécialistes ou celle des pharmaciens.

Or, si on juge la spécialité sur les progrès qu'elle a accomplis dans le domaine de la thérapeutique, on éprouve une première déception, car, sur vingt ou vingt-cinq mille produits qui se disputent l'honneur de guérir toutes les affections humaines (qui heureusement leur sont inférieures en nombre), une vingtai-

(1) Ces renseignements sont extraits de statistiques dressées en 1891 et 1893.

ne à peine ont reçu l'approbation de l'Académie de médecine.

D'autre part, si la spécialité s'adresse à la maladie, considérée comme entité pathologique, l'ordonnance, elle, s'adresse au malade ; si la première est bonne pour la dyspepsie, la gravelle, les affections cardiaques, l'anémie, etc., etc., la seconde vaut mieux pour le dyspeptique, le graveleux, le cardiaque, l'anémique, etc., c'est l'ordonnance que le médecin emploie le plus communément dans les affections aiguës, parce qu'elle s'individualise au malade, à sa résistance naturelle, à son âge : c'est donc avec l'ordonnance que le médecin spécialise vraiment la thérapeutique, transportant, pour ainsi dire, dans une formule plus ou moins complexe l'aphorisme.

Voilà les arguments d'ordre scientifique que j'ai l'honneur de vous exposer, espérant que vous voudrez bien aborder, dans vos discussions, la question de la spécialité, non pour la combattre, puisqu'elle a son utilité et que je suis le premier à m'en servir, mais pour l'empêcher d'engloutir, par son développement, l'ordonnance classique, qui est, en somme, une des assises fondamentales de notre profession.

Ce rapport sera discuté à la prochaine séance.

Séance du 27 janvier 1896.

Exercice de la pharmacie.

M. le Dr Bloch donne une nouvelle lecture de son rapport et fait ressortir l'avantage pour le corps médical, de cette clause de la nouvelle loi interdisant, par exemple, aux grands magasins de commanditer un pharmacien. Mais il y a dans cette même loi, deux écueils qui méritent tout particulièrement l'attention du Syndicat. Le premier danger a trait aux remèdes à délivrer en cas d'urgence, et le deuxième est relatif aux spécialités. Celles-ci font un tort considérable aux médecins, pour des raisons diverses. En tout cas, il est nécessaire que la nouvelle loi reconnaisse au médecin, seul, le droit de prescrire les spécialités, et que les pharmaciens ne puissent délivrer une deuxième fois des spécialités toxiques, sans nouvelle ordonnance du médecin.

En raison de l'importance de cette question, et faute de conclusions de la part du Rapporteur, lequel en réfère d'ailleurs au syndicat, il est décidé qu'en prochaine séance on discutera le point déterminé suivant : Etude comparative de l'ordonnance et de la spécialité. (Dr Bloch, rapporteur.)

Patentes.

Le Dr Tison ouvre la discussion générale par une appréciation intéressante sur l'iniquité des patentes en général, et sur l'impôt, qui devrait être inversement proportionnel au nombre d'enfants, alors qu'en réalité il ne l'est pas, et que même, l'exonération complète, prévue par la loi, pour les familles qui ont sept enfants n'est accordée en pratique qu'aux indigents. Il y a, en outre, nécessité et urgence pour le Syndicat Général des médecins de Paris, à s'occuper de la patente professionnelle, si nous ne voulons pas que les futures lois financières maintiennent la patente médicale actuelle, pour l'ajouter à l'impôt sur le revenu, impôt dont les médecins auront à souffrir tout particulièrement. Pour conclure, le Dr Tison demande qu'on élargisse le débat devant la commission parlementaire et qu'on demande la suppression de toutes les patentes.

Les Drs Butte, Archambaud, etc., font observer qu'en demandant trop, on aurait chance de n'aboutir à rien, et la majorité se rallie à la proposition du Dr Butte, demandant que l'impôt soit perçu exclusivement sur les locaux qui servent à l'exercice médical (salon, cabinet), et non sur ceux qui servent à l'habitation.

La discussion est close par la nomination du Dr Tison, comme membre de la commission des patentes, avec charge au Dr Tison de présenter le plus tôt possible un rapport avec conclusions.

Le Secrétaire des séances,
Dr Boisleux.

REPORTAGE MÉDICAL

La Société des médecins inspecteurs des écoles a renouvelé son bureau de la façon suivante : *Président*, M. Thominet ; *vice-présidents*, MM. Gourrichon et Carpentier-Méricourt ; *secrétaire-général*, M. Paul Richard ; *secrétaires-annuels*, MM. Jasiewicz et Huguenin ; *trésorier*, M. Perrachon.

Médecin-sénateur. — M. le Dr Denolx, député de la Dordogne, vient d'être élu sénateur du même département.

— Le service de l'*inspection médicale* des écoles primaires de la Seine devrait être, d'après le préfet, à la charge de l'Etat. Le ministre de l'Instruction publique refuse d'admettre cette prétention, et le Conseil d'Etat lui a donné raison.

— *Ouverture du cours d'hypnotisme.* — M. le docteur Bérillon, médecin inspecteur-adjoint des asiles publics d'aliénés, directeur de la *Revue de l'Hypnotisme*, commencera, le mardi 21 avril, à cinq heures du soir, à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, amphithéâtre Cruveilhier, un cours libre sur les *Applications cliniques, physiologiques et médico-légales de l'hypnotisme.*

Il le continuera les samedis et mardis suivants, à 5 heures.

— *Les femmes et la pharmacie en Allemagne.* — Malgré l'opposition de bon nombre de médecins, la question de l'admission des femmes, aux études médicales, fait quelques progrès en Allemagne. Jusqu'ici les études pharmaceutiques n'ont pas été, beaucoup, l'objet de revendications féminines. Cependant les pharmaciens d'Outre-Rhin se disposent à défendre énergiquement leurs officines contre l'invasion prévue du sexe.

La 6e Assemblée des délégués de l'Association pharmaceutique allemande, a exposé pourquoi l'exercice de la pharmacie ne convient pas aux femmes, mais il faut bien reconnaître que les raisons invoquées sont des plus médiocres. Les motifs de l'exclusion des femmes sont au nombre de trois :

1° Le service d'une officine est long et nécessite trop d'efforts pour une femme ;

2° Une concurrence trop grande nuirait à la profession ;

3° Le travail en commun d'hommes et de femmes, troublerait l'attention nécessaire dans la dispensation des médicaments.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4088. — M. le docteur Mayoux, de Paris, présenté par M. le docteur Bérillon, de Paris.

N° 4089. — M. le docteur Gordon-Martins, de Saint-Georges-d'Orgues (Hérault), présenté par M. le docteur Lachapelle, de Celleneuve (Hérault).

Le Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 19 9 Mai 1896

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Un rêve à peu près réalisé.

A mesure que s'accentue le mouvement syndical au sein de notre corporation, on voit se dessiner, de plus en plus nettement, l'action qu'il exerce en matière de réelle confraternité et de dignité professionnelle.

Nous avons eu l'honneur, il y a dix ans, de répondre, des premiers, à l'appel d'un confrère qui demandait l'organisation d'un syndicat dans notre région, et de participer pour cette raison à la mise en marche de cette Société.

Or, quand nous reportons nos souvenirs vers cette époque, nous ne pouvons nous empêcher, malgré la foi toujours conservée en l'avenir de l'œuvre, de rester étonné du chemin parcouru.

C'était alors, dans chaque localité, l'hostilité déclarée ou latente, le coup de feu isolé, ou la division par coteries, la concurrence sur tous les terrains. On soumissionnait à vil prix, afin d'enlever, à son voisin, un bureau de bienfaisance, une société de Secours mutuels, une compagnie d'assurances ; on acceptait tout ce qui se présentait, sans se faire scrupule de compromettre sa dignité ou son indépendance, et par simple satisfaction de gagner quelque argent, qu'on n'était pas fâché, au fond, de voir échapper au confrère. Il paraissait assez naturel d'aller seul s'asseoir au chevet du lit que venait de quitter un autre médecin, sans s'être informé des motifs qui avaient ouvert la succession. Si le malade vous racontait que sa confiance s'était trouvée mal placée, que le prédécesseur était un âne bâté, on se gardait bien de conclure que le client voulait tout simplement éviter les frais d'une consultation ou ne pas payer les visites du premier appelé, et on prenait la suite, sans hésiter, pour la garder, jusqu'au jour où on avait soi-même cessé de plaire, ou manifesté la volonté de toucher des honoraires.

Vous souvenez-vous des faux-fuyants débités par le médecin traitant, quand une famille réclamait une consultation avec le concurrent, le rival, celui que les circonstances, les cancans, avaient transformé en bête noire ?

Vous souvenez-vous aussi de son embarras devant une opération d'urgence, avec laquelle il était peu familiarisé ?

Impossible de fournir l'occasion d'un succès au voisin, déjà trop en réputation. Et alors, sans souci de perdre un temps précieux, ni d'imposer aux familles un lourd sacrifice d'argent, on allait au diable, et jusqu'à Paris, chercher la main qui tiendrait le bistouri, ou le consultant qui devait rendre des oracles... un peu connus d'avance.

Bien malin, n'est-ce pas, était celui qui traversait pareilles mœurs, sans tomber dans des compromissions de conscience et de dignité, car c'était le règne de la concurrence échevelée et du libre-échange... de horions, au figuré et quelquefois au propre.

Mais c'était aussi le temps de l'isolement des praticiens. Si parfois deux voisins s'abouchaient, c'était pour houspiller un troisième. Si un malheureux, tombé malade ou absent par nécessité, laissait vaquer son petit domaine, chacun des voisins y faisait incursion, à la conquête d'un lopin nouveau. On s'installait en suspect, on vivait environné d'ennemis, et votre mort même était un tort, parce qu'elle présageait l'arrivée d'un successeur, peut-être dangereux.

Et les anciens vous disaient qu'il en serait toujours ainsi !

Ce tableau, nullement poussé au noir, se peut voir encore en un trop grand nombre de coins de la France.

Or nous connaissons une région (il en est d'autres, sans doute) où ces habitudes sont en train de disparaître. Nous y savons nombre de localités où tous les médecins s'entendent dès que paraît un ennemi commun : mutualité, administration ignorante ou malveillante, par exemple ; où l'on accepte de s'aider près des malades, où l'on échange, sans arrière-pensée, une poignée de mains, et non des coups de fouet, comme cela s'est vu jadis ; où l'on ne se

subtilise plus les patients en cours de traitement, où l'on devient même amis, amis intimes, quoique rivaux directs ; où le médecin malade peut confier sa clientèle à un concurrent, qui la lui rend intacte ; où les différends sont portés devant l'arbitrage des confrères et s'y résolvent en poignées de mains, etc., etc.

Ce pays existe, en vérité, où la lutte pour la vie ne se servira bientôt plus que d'une seule arme, l'activité, qui est une arme loyale.

Et qui a fait cette bienfaisante révolution ?

Un syndicat de *trente* membres, exerçant dans un rayon de 40 *kilomètres*, à côté d'une *vingtaine* de confrères, qui toujours traités confraternellement *comme s'ils étaient syndiqués*, se joindront un jour prochain, ou par sympathie, ou par réflexion, ou par communauté d'intérêts, aux fondateurs de la Société.

C'est que, dans ce syndicat, on a travaillé avec ardeur, on a été exact aux réunions, on a resserré les liens de toute façon, en s'enrôlant dans le *Concours*, dans les œuvres de prévoyance, *Caisse des pensions*, *Association-maladie* ; on a discuté ferme..... et banqueté de même.

Chaque rendez-vous a été une victoire de la cordialité sur la défiance, de la solidarité sur la réserve louche, de l'intérêt commun sur les petits égoïsmes.

Aussi entrevoit-on le jour où, à propos de l'émancipation vis-à-vis des compagnies d'assurances-accidents, dans un banquet général, nous fêterons la réunion tant désirée de la famille entière, et regarderons d'un œil tranquille les efforts impuissants de ceux qui ne nous menacent qu'en s'appuyant sur des dissidences malavisées.

Le programme des luttes difficiles du syndicat sera rempli : celui-ci n'aura plus à vivre que pour récolter. H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement de l'épithélioma utérin et vaginal.

M. le Dr *Guinard*, de Paris, préconise le traitement médical suivant, contre l'épithélioma utérin et vaginal :

On prend un morceau de carbure de calcium du volume d'une petite noix, ou plus petit, suivant la disposition des bourgeons épithéliomateux, et on l'introduit directement, à nu, au fond du vagin, en contact immédiat avec les parties malades. On sait que ce corps, découvert par M. Moissan, de l'Institut, dans le four électrique, a la propriété, au contact de l'eau, de se transformer en oxyde de calcium et en gaz acétylène. On voit aussitôt bouillonner l'acétylène au fond du vagin. On bourre rapidement le vagin avec de la gaze iodoformée, qui retient l'acétylène au contact des bourgeons néoplasiques. La malade éprouve pendant trois ou quatre heures une sensation de brûlure qui disparaît d'elle-même, et quatre jours après, on enlève le tampon de gaze et on fait un lavage copieux avec une solution de sublimé au millième. Il est nécessaire de détacher, avec le doigt ou un instrument mousse, les fragments d'oxyde de calcium qui sont incrustés dans le néoplasme et qui sont entraînés par le lavage. On voit que ce procédé, très simple, est à la portée de tous les médecins et ne nécessite ni aide, ni outillage spécial. On se procure le carbure de calcium chez la plupart des marchands de produits chimiques, au prix modique de 2 fr. 50 à 3 francs le kilogramme.

Que ce soit le carbure de calcium ou l'oxyde de calcium à l'état naissant qui agisse en ce cas, peu importe ; toujours est-il que, par ce moyen, on combat victorieusement les trois symptômes les plus graves du cancer utéro-vaginal : 1° les hémorrhagies ; 2° l'hydrorrhée fétide ; 3° les douleurs. Dès la première application, toute hémorrhagie cesse instantanément. De plus, les bourgeons néoplasiques se dessèchent et tombent, laissant une surface lisse et unie, de ton uniformément grisâtre. L'acétylène agit comme hémostatique, et la chaux comme caustique ; mais les liquides vaginaux hydratent rapidement la chaux vive et limitent son action caustique. « C'est donc là, une application nouvelle, et non, la moins inattendue et la moins originale, du carbure de calcium, ce corps si intéressant que nous devons à M. Moissan. Même si cette redoutable affection n'est pas guérie, ce que le temps démontrera, on a, avec ce procédé, un moyen simple et absolument inoffensif d'entraver et de retarder considérablement la marche du mal, puisque les applications de carbure de calcium combattent victorieusement les trois symptômes les plus menaçants : les hémorrhagies, les écoulements fétides et les douleurs. »

Si on a pu diagnostiquer le cancer au début, il est incontestable que le mieux sera l'intervention chirurgicale précoce et large. Mais, nous savons, hélas ! que cette intervention est le plus souvent inefficace, parce qu'elle a été généralement pratiquée trop tard. C'est donc dans les cas avancés, désespérés pour la chirurgie, que le moyen de M. Guinard sera appliqué avec le plus de profit.

Le rappel à la vie des nouveau-nés en état de mort apparente.

Nous revenons un peu sur ce sujet, car si quelques-uns de nos lecteurs ont lu ou entendu les critiques, plus ou moins justes, de quelques accoucheurs de talent, au sujet des tractions rhythmées de la langue, comme moyen de rappel à la vie des nouveau-nés en état de mort apparente, leur confiance a pu être légèrement ébranlée. Hâtons-nous de leur dire que c'est absolument à tort. M. le Dr *Berditchewsky Nahum*, de Paris, vient de consacrer sa thèse à la réfutation de ces critiques et nous l'appuyons de toutes nos forces ; il faut avoir assisté soi-même, quelquefois, à la résurrection de ces malheureux petits êtres en état de mort apparente, pour demeurer fermement convaincu de l'efficacité réelle du procédé de Laborde. Du reste, laissons la parole au Dr Berditchewsky, qui a établi une comparaison entre les différents procédés employés jusqu'ici :

Les procédés des flagellations, titillations (Mauriceau), électrisation, etc., éveillent les mouvements mécaniques de la respiration par une provocation du réflexe, dont le point de départ est dans l'excitation périphérique plus ou moins *éloignée*.

Les procédés de Schultze, Marshal-Hall, etc., éveillent les mouvements de la respiration par des pressions ou autres manœuvres *mécaniques*.

Ces deux catégories de procédés ne donnent

aucun résultat dans les cas de mort apparente grave.

— L'insufflation, par le tube laryngien, d'un maniement difficile et nécessitant une très grande habileté, n'est que très rarement utilisée et toujours par des mains exercées ; de plus, quand il agit, ça peut être et cela est souvent, par les excitations de la muqueuse, pendant les manœuvres faites pour introduire le tube, ou par l'excitation de l'air lui-même et exceptionnellement par la propriété hématosique de l'air introduit.

— L'insufflation de bouche à bouche est facile et efficace dans les cas d'asphyxie des nouveaux-nés, peu intense.

Dans cette méthode l'air ne passe que difficilement dans les poumons, mais agit principalement comme provocateur du réflexe respiratoire, en *excitant la muqueuse bucco-laryngée*. Dans les cas graves l'insufflation prolongée peut empêcher le jeu du diaphragme, par la distension de l'abdomen, l'air ne pouvant pas passer par la glotte et étant obligé de pénétrer dans l'œsophage.

Le procédé des tractions rythmées de la langue est basé sur l'interprétation physiologique du mécanisme du retour à la vie, sur l'expérimentation et sur un nombre énorme d'observations. Ce procédé est applicable dans tous les cas légers, aussi bien que dans ceux d'asphyxie intense, et il réussit généralement là où tous les autres échouent.

Le traitement des varices par les injections astringentes.

Notre confrère le docteur Leriche nous prie de faire remarquer à nos lecteurs que le traitement des varices, dont nous avons donné la description dans le n° du 18 avril dernier, n'est point de lui, mais du professeur *Delore*, de Lyon.

Traitement de l'aménorrhée.

Il est assez fréquent dans la clientèle de rencontrer des femmes et surtout des jeunes filles atteintes d'aménorrhée, c'est-à-dire d'absence complète de menstrues. Comme le fait remarquer notre confrère, la *Thérapeutique moderne*, il importe avant de chercher à instituer un traitement de bien rechercher la cause de la suspension du flux menstruel.

Nous n'avons pas à envisager ici l'aménorrhée physiologique, qui n'exige pas de traitement, et nous ne devons nous occuper que de l'aménorrhée pathologique. Celle-ci peut dépendre de l'état général, du système nerveux ou bien d'une altération des organes génitaux.

A. *Causes d'ordre général.*

Toutes les maladies aiguës et chroniques susceptibles de débiliter l'organisme ou d'altérer l'état du sang peuvent amener l'aménorrhée. C'est ainsi que la chlorose, la tuberculose, l'obésité, le diabète, les néphrites, les affections cardiaques, etc., peuvent, à des titres divers, occasionner l'arrêt des règles.

Une hygiène défectueuse est également capable de produire le même résultat et le manque d'air et d'exercice, la claustration, le surmenage, etc., sont autant de facteurs possibles.

C'est donc à chacune de ces causes que l'on doit s'adresser et c'est en traitant la maladie générale qu'on pourra atteindre le but.

C'est ainsi que s'il s'agit de chloro-anémie, il faut recourir aux toniques et aux reconstituants. On prescrira, par exemple, dix gouttes avant chaque repas de la teinture suivante :

Teinture de mars tartarisée... } ãã 10 grammes.
Liqueur de Fowler........... }

ou bien encore un des cachets suivants deux fois par jour.

Protoxalate de fer......... 0 grammes 20
pour 1 cachet. F. s. a. 30 semblables.

On devra aussi conseiller le massage, l'hydrothérapie, et les exercices du corps, les promenades au grand air, l'électricité statique.

B. *Causes d'origine nerveuse.*

L'aménorrhée peut survenir à la suite d'une émotion ou d'un refroidissement ; elle peut aussi être la conséquence d'une névrose, telle que l'hystérie et l'épilepsie, ou bien d'une psychose.

Enfin, dans certains cas, elle tient à ce que la malade se croit enceinte, par crainte ou par désir exagéré d'une grossesse.

Dans ces différentes circonstances, il faudra s'efforcer de ramener les règles en faisant prendre à la malade des bains de pieds bien chauds, en conseillant la révulsion au niveau de l'hypogastre ou à la face interne des cuisses. Ce sera aussi le cas d'essayer l'apiol qu'on ordonnera à la dose de 0.40 à 0.50 centigrammes par jour, en deux fois.

L'électricité peut également rendre ici des services et on emploiera la faradisation, en introduisant dans l'utérus l'électrode utérine bipolaire ; on utilisera le courant de quantité en s'efforçant d'atteindre aussi rapidement que possible le maximum d'intensité ; les séances devront durer de cinq à dix minutes et être répétées au moins tous les deux jours.

Chez les vierges, on devra se contenter de faire de la faradisation lombo-abdominale, en plaçant un pôle sur le bas-ventre et l'autre sur la région lombaire.

C. *Causes génitales.*

L'aménorrhée s'observe assez rarement comme symptôme d'une affection utérine proprement dite ; ce n'est guère que dans le cas d'arrêt de développement des organes génitaux qu'on voit une aménorrhée permanente. Elle existe le plus souvent à la suite de l'ablation des ovaires ou de l'hystérectomie ; mais dans ces cas, elle est toute naturelle et le médecin n'a qu'à la constater.

L'aménorrhée peut se produire parfois pendant un ou deux mois à la suite d'un curettage.

En résumé, le seul cas où il soit nécessaire d'intervenir pour une aménorrhée de cause génitale, c'est lorsqu'elle tient à une imperforation de l'utérus ou à une atrésie du col utérin consécutive à une cautérisation au chlorure de zinc ou au fer rouge ou bien encore à une amputation du col mal pratiquée, comme j'en ai observé deux cas.

Le traitement est ici purement chirurgical et consiste à rétablir la perméabilité du canal génital. Pour y arriver, il faut pratiquer une dilatation progressive à l'aide de tiges de laminaires d'abord et de dilatateurs métalliques ensuite ; pour compléter et maintenir l'ouverture du canal cervical, il est bon de placer une tige métallique de Lefour que l'on laissera plusieurs semaines ou même plusieurs mois.

Traitement des bourdonnements et de la surdité par les procédés chirurgicaux.

D'après M. le Dr *Moure*, de Bordeaux, si la question des interventions chirurgicales sur le tympan et sur la caisse est résolue pour les inflammations suppuratives aiguës ou chroniques de cette région, si l'on est autorisé et même si *l'on doit ne pas hésiter à agir activement* dans ces régions pour guérir une otorrhée rebelle aux traitements médicaux par les injections, instillations, poudres, etc. ; on doit, au contraire, jusqu'à nouvel ordre, être très réservé pour les interventions dont le seul but est d'améliorer la surdité progressive des scléreux, ou des personnes atteintes d'otites chroniques sèches avec arthrite ou ankylose de l'étrier.

Dans l'état actuel de la science otologique, il est impossible d'affirmer à un malade opérable, que l'ablation des osselets, y compris l'étrier, améliorera définitivement son audition et que, dans tous les cas, son affection ne sera pas aggravée par le fait même de l'intervention, surtout si cette dernière porte sur la fenêtre ovale. Il est bon d'ajouter que cette observation ne s'applique point aux synéchies ou ankyloses cicatricielles qui sont, au contraire, justiciables de tentatives opératoires les plus variées.

CHIRURGIE PRATIQUE

De la tarsalgie.

La tarsalgie a été, dans ces dernières années, l'objet de nombreux travaux à l'étranger, travaux qui permettent, aujourd'hui, de tracer de cette intéressante affection un tableau complet.

On désigne, sous ce titre impropre, le pied plat valgus douloureux ; en Allemagne, on le nomme pied plat inflammatoire ou acquis, en France, on le décrit sous le nom de tarsalgie des adolescents. Quoi qu'il en soit, il faut distinguer ce pied plat du pied valgus acquis qui peut se produire à la suite d'affections diverses telles que le rachitisme, une fracture malléolaire, etc.

Si la symptomatologie n'est plus l'objet de discussions aujourd'hui, il n'en est pas de même de son mode de production.

Parmi les causes prédisposantes, on a fait jouer un rôle très important à l'âge : c'est pendant l'adolescence, de 10 à 20 ans, que cette affection est la plus fréquemment observée. Toutefois, des observations notent 30, 40 et même 50 ans.

Le sexe ne joue qu'indirectement un rôle ; à cause de l'influence du métier, la tarsalgie semble plus fréquente chez l'homme.

Toutes les professions qui exigent la station debout prolongée ou des courses longues et fréquentes, fournissent le plus grand nombre de sujets. Tels sont les métiers de domestiques, garçons de café, boulangers, repasseuses, etc.

On a fait jouer un rôle à une croissance rapide, au lymphatisme, à la scrofule, toutes causes qui semblent diminuer la solidité du squelette, la vigueur des muscles et la résistance des tissus fibreux.

Parmi les causes déterminantes les malades accusent un faux pas, une entorse, une contusion.

Un pied est-il atteint plus souvent? Non, mais il est fréquent que les deux pieds soient pris.

Il est rare que l'on puisse apercevoir et noter nettement le point de départ des accidents, car le début est insidieux et l'évolution lente. C'est d'abord une sensation de pesanteur, d'engourdissement de tout le pied, surtout au niveau du cou-de-pied. Puis, apparaissent des douleurs d'une intensité variable, que le malade attribue à un faux pas, à une fatigue. C'est en général à ce moment-là, qu'il vient consulter. Le médecin ne trouve souvent rien à cette période, et ne pose pas de diagnostic, mettant quelquefois, lui aussi, sur le compte de la fatigue ou du rhumatisme, les douleurs qu'on lui signale.

Mais bientôt, celles-ci prennent un caractère plus marqué : obtuses d'abord et augmentées pendant la marche et la station, elles disparaissent la nuit, si bien que le matin le malade se lève et reprend ses occupations. Mais il est bientôt obligé d'interrompre son travail, et peu à peu, il est forcé de garder le lit, car la douleur reparaît dès qu'il pose le pied sur le sol.

A l'examen direct on éveille, par la pression, une sensibilité plus ou moins vive, mais constante en certains points: au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, surtout en dedans et en dehors, au-dessous et en avant de la malléole externe, au niveau des articulations astragalo-scaphoïdienne et astragalo-calcanéenne ; quelquefois enfin au niveau de l'articulation du métatarse avec les phalanges. Ces points douloureux existent séparément ou concomitamment. La peau et les tissus ne présentent aucune trace d'inflammation, mais on note quelquefois, surtout à la suite de la marche, un léger œdème occupant surtout le cou-de-pied.

Le médecin fait alors marcher le malade et constate qu'il boite, et qu'il appuie sur le sol avec le talon, en évitant de faire porter la pointe du pied ; aussi descend-il facilement un escalier et le remonte-t-il difficilement.

Jusqu'ici, le pied peut ne pas être déformé d'une façon permanente. La déformation existe chaque fois que le malade met le pied à terre et fait un pas, mais elle disparaît quand le pied est au repos. Toutefois, l'usure du soulier indique bien comment marche le malade. La semelle n'est usée que du côté interne parce que le pied est tourné en dehors pendant la marche. Ce signe est très important, car, nous le répétons, comme la douleur, cette déviation du pied est passagère et disparaît au repos. De sorte qu'on ne saurait trop se souvenir qu'il est indispensable, en présence de symptômes pareils, de n'examiner son malade qu'après une marche ou une fatigue.

Quand la déformation est produite à demeure, comment se présente le pied du malade? Nous avons dit qu'on devait remplacer le terme fâcheux de tarsalgie, qui évoque celui de coxalgie, par celui de pied plat valgus douloureux, titre qui résume en quatre mots la symptomatologie de cette affection.

C'est donc un pied *valgus* c'est-à-dire renversé en dehors et reposant sur le sol par son bord interne, si bien que celui-ci supporte tout le poids du corps, le bord externe étant relevé.

Si, par la pensée, on prolonge l'axe de la jambe, cet axe tombe beaucoup plus en dedans qu'à l'état normal. — Sur la face interne du pied, on note un relief considérable formé par la malléole interne, la tête de l'astragale et le scaphoïde

qui, porté en dedans par un mouvement d'abduction du pied, vient quelquefois toucher le sol au moment de la station. Mais il n'y a pas subluxation du scaphoïde, ainsi qu'on l'a cru. Donc le bord interne du pied n'est plus concave ; il est devenu convexe et présente en arrière trois saillies, qui sont : la malléole interne, au-dessous et en avant la tête de l'astragale ; plus en avant et plus bas, le scaphoïde.

Le pied est *plat* ; la voûte plantaire est en effet complètement effacée.

Du côté des muscles, on note les modifications suivantes : la contracture d'un ou de plusieurs muscles, tels que les péroniers latéraux, le jambier antérieur, l'extenseur commun des orteils, l'extenseur propre du gros orteil. Il est facile de voir et de sentir, derrière la malléole externe, pour les péroniers, au niveau du ligament annulaire du tarse, sur le dos du pied, les cordes saillantes que forment les tendons de ces muscles.

Saisissant le pied à pleine main, on ne peut le porter ni en adduction, ni en abduction. Le pied reste fixé, si on essaie de le faire ballotter à l'extrémité de la jambe que l'on agite, comme s'il était ankylosé. Enfin, le malade lui-même, ne peut pas mettre le pied en abduction ou en adduction.

Par contre, il fléchit le pied librement, sans pouvoir cependant l'étendre complètement. En résumé, l'articulation tibio-tarsienne est libre, l'articulation calcanéo-astragalienne ne l'est pas.

Si on chloroformise le sujet, il est permis de vérifier que la contracture musculaire est seule en cause pendant les premiers temps, mais plus tard des déformations osseuses surviennent ; la déformation ne se réduit plus ; pour Gosselin, la maladie se terminerait même, quelquefois, par une ankylose calcanéo-astragalienne.

La peau, amincie sur le bord interne, se recouvre en dehors d'un épiderme épaissi. La circulation veineuse du pied et de la jambe est ralentie et une transpiration souvent abondante du pied est constatée.

Si nous résumons la marche de l'affection, nous voyons qu'il existe deux degrés. D'abord l'affection est caractérisée par des douleurs et des contractures passagères, qui disparaissent par le repos et reparaissent par la fatigue.

Dans un second degré, le pied s'affaisse et le valgus devient permanent, si bien que peu à peu, ni le chloroforme, ni le repos prolongé n'arrivent à le faire disparaître.

La marche de l'affection est chronique ; plusieurs mois ou plusieurs années sont souvent nécessaires pour que le pied plat valgus soit définitivement constitué.

Mais sa marche est progressive, et les déformations qui se produisent fatalement finissent par faire un impotent du malheureux, qui en est atteint ; comme les malades appartiennent en général à la classe ouvrière, on conçoit que cette affection, bien que ne mettant pas en jeu leur existence ou la conservation de leur membre, emporte avec elle un pronostic grave pour leur avenir.

Il importe donc de porter un diagnostic précoce et d'apprécier les lésions, dont le pied est atteint, en s'aidant de l'anesthésie et de l'électricité.

On ne confondra pas la tarsalgie avec une affection rhumatismale, car le rhumatisme est plus mobile, ne se limite que rarement à une région et n'affecte pas l'ensemble particulier de l'affection qui nous occupe.

Une ostéite des os du pied, en rendant les insertions musculaires et ligamenteuses douloureuses, entraîne une contracture réflexe des muscles. Mais ici, la douleur est délimitée dans une région bien définie, les symptômes sont continus ; enfin, un gonflement inflammatoire ne tarde pas à survenir, précédant souvent l'apparition d'abcès.

Dans une *myélite*, tous les muscles de la jambe et souvent ceux de la cuisse, sont paralysés, de sorte que ce diagnostic est facile.

Dans le *pied plat congénital*, la voûte plantaire est affaissée, mais le pied ne se met pas en abduction, quand il ne repose pas sur le sol ; l'astragale ne fait pas la saillie que l'on note dans la tarsalgie. De plus, les commémoratifs permettent de savoir, quelquefois, que la voûte plantaire était affaissée dès la naissance.

Enfin, il n'y a ni troubles fonctionnels, ni douleurs, ni contractures.

Duchenne, de Boulogne, a donné, dans sa physiologie des mouvements, les symptômes de la paralysie du long péronier latéral et de la contracture du même muscle, signes qui permettent de différencier les affections de la tarsalgie.

Dans la paralysie du long péronier latéral on a :

1° Renversement du pied sur son bord interne pendant son extension volontaire.

2° Aplatissement de la voûte plantaire.

3° Impossibilité d'appliquer solidement la saillie métatarsienne sur le sol et de se tenir solidement en équilibre sur le pied malade.

4° Fatigue et douleur dans la plante du pied en avant et en dedans de la malléole externe après une marche un peu longue.

5° Durillons douloureux se développant au bout d'un certain temps sur le bord externe de la plante du pied, surtout au niveau de la tête des deux derniers métatarsiens et au-dessous et en dedans de la première phalange du gros orteil.

Cette paralysie n'est, de plus, qu'un symptôme d'une affection plus générale (paralysie spinale de l'enfance, atrophie musculaire progressive).

La contracture du long péronier latéral qui entraîne le pied valgus, mais creux, se reconnaît :

1° Par l'abaissement de la saillie sous-métatarsienne et l'augmentation de la voûte plantaire.

2° Par la diminution du diamètre transversal de l'avant-pied au niveau de la tête des métatarsiens et la torsion de l'avant-pied sur l'arrière-pied, produisant des plis obliques à la face plantaire.

3° Par un mouvement de valgus, dans l'articulation calcanéo-astragalienne.

4° Par une saillie du tendon du long péronier latéral au-dessous de la malléole externe.

Donc, on voit bien que cette affection ne saurait être confondue avec la tarsalgie avec laquelle elle n'a de commun que le valgus et la saillie formée par le tendon du long péronier contracturé.

En résumé, le pied plat valgus douloureux,

sera assez facilement diagnostiqué grâce à ces grands signes : l'affaissement de la voûte plantaire, les douleurs, l'abduction du pied intermittente au début, définitive plus tard.

Nous ne dirons que quelques mots des différentes théories, qui ont cherché à expliquer ces symptômes, et nous ne le ferons que pour chercher et expliquer le traitement qui, dans une affection semblable, découle forcément du mode de production.

Plusieurs théories sont en présence. Pour Gosselin, c'était une ostéo-arthrite de l'astragale et du calcaneum. Elle n'est pas admise.

Pour Guérin et Bonnet, c'était une affection musculaire caractérisée par la contracture et plus tard par la rétraction des péroniers latéraux. Pour Nélaton, c'était une contracture douloureuse des mêmes péroniers, analogue à celle de la crampe des écrivains. Pour Duchenne, le pied plat valgus était amené par une insuffisance de contraction du péronier latéral.

Mais ces lésions musculaires ne constituent qu'un côté de l'affection. Comment expliquer, avec ces théories, les douleurs qui précèdent toute contracture ?

Le Fort accusait la forme des souliers, découverts le plus souvent, sans talons, légers, que portent d'ordinaire les domestiques, les garçons de café, sujets plus particulièrement atteints.

Toutes ces théories ont vu le jour en France. En Allemagne, Hencke attribue l'origine de la tarsalgie à une insuffisance musculaire, tandis que Stromeyer incrimine la faiblesse des ligaments et de l'aponévrose plantaire.

Enfin, pour Hueter, l'astragale serait la cause de tout le mal. Elle joue, à la plante du pied, le rôle de clef de voûte, dit-il. Elle a normalement la forme d'un cône à base supérieure ; par suite d'une anomalie de développement, elle arrive à former un cône à base inférieure. Ce serait donc une difformité liée au développement des os.

En résumé, il faut incriminer un peu toutes ces causes. Chez un sujet prédisposé par une diathèse, telle que le lymphatisme, soumis à un métier où la station debout est prolongée et fréquente, les ligaments n'offrent plus une résistance suffisante et la voûte plantaire s'affaisse ; de là des douleurs à la moindre fatigue. Quand les ligaments ont cédé, les muscles se contracturent : le pied se place en abduction, les abducteurs étant plus puissants. Donc, d'abord pied plat, puis valgus plus tard, valgus qui devient permanent et s'accentue progressivement par usure des surfaces osseuses et rétraction des muscles.

On conçoit qu'avec de si nombreuses théories on ait proposé des traitements variés, en rapport avec les causes pathogéniques invoquées.

Gosselin traitait la paralysie par l'immobilisation : il mettait le pied, redressé sous le chloroforme, dans un appareil inamovible pendant 2 ou 3 mois.

Bonnet, Nélaton, Richet, sectionnaient les péroniers derrière la malléole externe.

Duchenne électrisait le long péronier latéral.

Ogston faisait la tarsotomie.

Dans la pratique courante actuelle, on agira de la façon suivante :

On met le malade au repos, au lit, pendant un certain nombre de jours, pendant lesquels on pratique du massage qui fait disparaître la contracture musculaire et de l'électrisation pour les muscles atrophiés. Puis on chloroformise le sujet ; le pied est placé alors dans l'adduction exagérée et immobilisé ainsi pendant 20 ou 30 jours. Quelquefois, il sera nécessaire de faire la ténotomie des muscles rétractés pour obtenir la réduction.

Ce laps de temps écoulé, le malade peut se lever, à la condition de ne marcher qu'avec un soulier à l'intérieur duquel on a fixé en guise de semelle un morceau de liège, moulé sur la voûte plantaire normale, et plus élevé en dedans qu'en dehors, de façon à élever le bord interne du pied en le soutenant. Ce soutien est porté jusque vers 25 ans, c'est-à-dire jusqu'à la fin de la croissance.

A. Pascal,
Interne des hôpitaux de Paris.

CLINIQUE LARYNGOLOGIQUE

La dysphagie dans la laryngite tuberculeuse et son traitement.

La dysphagie, dont souffrent certains malades atteints de tuberculose laryngée, est un des spectacles les plus pénibles qu'il soit donné au médecin, d'observer et de soulager. Supplice de tous les instants, puisque, les repas d'une part, les déglutitions renouvelées de la salive, de l'autre, réveillent sans cesse cette douleur. Anéanties par la souffrance et l'inanition, les forces cèdent rapidement, la cachexie fait des progrès effrayants et c'est dans cet état lamentable que nombre de tuberculeux qui, jusque-là, avaient négligé leur enrouement, viennent demander secours....

En général, la tuberculose laryngée évolue parallèlement à la phtisie pulmonaire, et, ces formes dysphagiques, en particulier, accompagnent le plus souvent des lésions bacillaires graves de la poitrine. Toutefois cette règle ne va pas sans exceptions, et on peut rencontrer des cas où les altérations laryngées l'emportent de beaucoup, en importance, et peuvent même exister seules, ou peu s'en faut

Quoi qu'il en soit, chez un malade qui avait présenté jusque-là des symptômes pulmonaires plus ou moins nets, plus ou moins graves, qui se plaignait depuis quelque temps d'un enrouement tenace, on voit se développer, pendant les mouvements de déglutition, une sensation pénible, qui s'accuse peu à peu et s'exagère au point de devenir intolérable. C'est quelque chose comme un déchirement au niveau de la gorge, propagé ou non à l'oreille ; c'est un sentiment de brûlure que le patient compare volontiers à « un fer rouge, à un charbon ardent » qu'il avalerait. Tous les aliments ne provoquent pas, au même degré, ces phénomènes douloureux, et, à ce point de vue, les liquides et la salive sont beaucoup plus mal tolérés que les solides.

Une fois installée, cette douleur ne fait que s'accroître et il est exceptionnel qu'elle s'amende spontanément d'une façon appréciable. Aussi chez ces malades, dont l'appétit est toujours mauvais d'ailleurs, l'heure du repas est-elle un moment redouté et l'alimentation une suprême lutte pour l'existence !

Pour expliquer ces douleurs, il faut incriminer l'entrée du larynx, c'est-à-dire la région li-

mitrophe qui confine au pharynx, l'épiglotte en avant, les aryténoïdes en arrière et les replis ary-épiglottiques : les ulcérations d'une part, l'infiltration tuberculeuse (faux œdème), de ces organes surtout, sont les altérations habituelles que révèle l'examen laryngoscopique. Dans ces masses tuméfiées, les nerfs sont atteints de névrite.

La thérapeutique est assez armée pour soulager le patient ; mais, malheureusement, en raison de l'état général, déjà grave, quand le malade consulte, en raison surtout, de l'état pulmonaire concomitant, elle est presque toujours palliative. A propos du traitement chirurgical, nous verrons que, parfois, elle peut devenir curative. Dans une certaine mesure, d'ailleurs, il est possible, par des pansements locaux prolongés, de prévenir l'éclosion de ces troubles, si le malade veut bien soigner sa laryngite au début.

Les calmants généraux sont ou bien insuffisants, ou bien impossibles à donner, vu la longue durée relative du mal. L'antipyrine soulage à peine, les bromures, la morphine surtout, à hautes doses, sont plus actifs, mais leur administration prolongée a trop d inconvénients pour qu'on puisse les utiliser. Signalons, cependant, l'action bienfaisante de l'exalgine qui, d'autre part, ne présente pas les défauts de l'opium. On pourra donc avoir recours à ce médicament, en solution, de préférence, et par la voie rectale parfois.

On a proposé, dans le traitement local de la dysphagie tuberculeuse, un assez grand nombre de méthodes, que nous nous garderons bien d'énumérer. Elles sont surtout palliatives, lorsqu'elles consistent en applications locales calmantes ; elles deviennent curatives lorsqu'elles détruisent, d'une façon quelconque, les tissus malades. Ce qu'il importe au praticien qui ne possède qu'une faible habitude des pansements laryngés, c'est d'avoir entre les mains un médicament qui soit à la fois actif, facile à manier et non dangereux. La cocaïne, la morphine, employés en badigeonnages sur les masses tuméfiées ou en insufflations sont certes efficaces, mais leur usage est loin d'être simple et sans danger. L'huile mentholée, au contraire, nous paraît remplir, plus que tout autre, ces desiderata, grâce à ses propriétés calmantes certaines, à sa valeur antiseptique, à son innocuité, enfin, qui en permet l'usage prolongé, sans aucune espèce d inconvénient, au contraire.

Certes, chaque fois qu'il sera possible, on devra se guider avec le miroir laryngoscopique et diriger l'huile mentholée sur les aryténoïdes, sur l'épiglotte, sur la cavité laryngée elle-même. Mais, avec un peu d'habileté, le praticien pourra encore faire un pansement convenable et atteindra bien souvent son but en procédant ainsi :

Avec la solution suivante :

Menthol.................	1 gramme
Huile d'olive............	20 grammes

faire une application, matin et soir, avant le repas de préférence. On emploiera, à cet effet, une seringue spéciale à bec long et recourbé, à angle droit, à 1 ou 2 centimètres de son extrémité. La partie recourbée plongera verticalement au milieu de l'espace libre compris entre la base de la langue et la paroi pharyngée postérieure, point correspondant, en général, à la région malade. Si en abaissant la langue on peut voir l'épiglotte, c'est immédiatement derrière que le bec devra être placé, mais nous ne conseillons pas de rechercher cet opercule avec le doigt, manœuvre trop pénible ici. L'injection sera poussée rapidement, et tout le contenu de la seringue, c'est-à-dire 1 ou 2 cent. cubes de la solution mentholée. Il est bon de recommander au patient, immédiatement après, de fermer la bouche et de respirer par le nez.

Si le médecin n'a pas à sa disposition cette seringue spéciale, il pourra utiliser encore un simple porte-coton laryngé, c'est-à-dire, une longue tige métallique coudée, comme la seringue, à angle droit à 4 cm. environ de son extrémité. On fixe solidement à cet endroit un tampon assez volumineux d'ouate hydrophile, on l'imbibe largement de menthol, on l'introduit au même point que dans le cas précédent et on badigeonne doucement, directement en bas.

Ces pansements produisent une sensation de froid (ce dont il est bon de prévenir le malade), suivie, après quelques minutes, d'un calme parfait, et, pendant un temps variable, plusieurs heures parfois, la déglutition se fait sans douleur. Certains malades, que la première impression du menthol avait effrayés, finissent par le réclamer avec instance. Ces applications sont, je le répète, absolument inoffensives et doivent être pratiquées tous les jours, au besoin plusieurs fois par jour.

On pourra employer également et de la même façon, l'huile gaïacolée 1/20 dont les propriétés anesthésiques ont été récemment mises en lumière. Son action est peut-être, dans le cas particulier, moins rapide, mais cependant elle donne encore de bons résultats.

S'il y a des ulcérations, on les touchera avec l'acide lactique 1/10, 1/5 ou pur.

Pour terminer, disons quelques mots du traitement curatif. Il est presque exclusivement chirurgical et consiste à détruire soit l'épiglotte, soit les aryténoïdes. L'aryténoïdectomie (opération de Gouguenheim), en particulier, donnera de bons résultats dans nombre de cas. Elle s'impose et devra toujours être pratiquée : 1° si l'épiglotte est peu atteinte ; 2° si l'état pulmonaire est relativement bon.

Dr P. Lacroix.

MÉDECINE PUBLIQUE

Prophylaxie des épidémies.

M. le ministre de l'Instruction publique vient d'adresser aux préfets le modèle ci-après d'Instructions concernant la prophylaxie des épidémies chez les écoliers :

Instructions. — *A remettre par les instituteurs aux familles des écoliers atteints de maladies épidémiques et contagieuses.*

I. Pendant la maladie. — Dès qu'une maladie contagieuse se montre dans une famille, il faut immédiatement faire appeler un médecin, parce que toutes ces maladies peuvent être graves et doivent être soignées. C'est, aussi, parce que le médecin, en veillant à ce que la présente instruction soit suivie et en prescrivant les mesures complémentaires qu'il jugera utiles pour cha-

que maladie en particulier, pourra éviter la propagation de la maladie dans la famille du malade et dans la commune.

On ne doit jamais avoir peur des maladies épidémiques ou contagieuses, car on peut sûrement empêcher leur développement en détruisant les germes qui les produisent.

Ces germes sont des corps très petits qui peuvent se loger partout ; dans les fentes du plancher ou du carrelage, sur les murs, dans les rideaux et les tapis, dans le linge et les vêtements, dans l'eau et dans les aliments, etc.

Les mesures indiquées ci-après ont pour but d'empêcher les germes de s'accumuler et de les détruire partout où ils peuvent se rencontrer.

Chambre du malade. — La chambre du malade doit être tenue très propre, bien aérée et convenablement chauffée, selon la saison et selon l'ordonnance du médecin.

La chambre du malade doit renfermer aussi peu de meubles que possible, pas de tapis ni de rideaux.

Il est préférable que le lit soit au milieu de la pièce et jamais dans une alcôve.

Autant que possible, le malade sera placé dans une chambre où il soit tout seul avec la personne qui le soigne et qui doit n'avoir avec les autres personnes de la famille ou de la maison que les relations indispensables. L'entrée de la chambre sera particulièrement interdite aux autres enfants.

Il ne doit y avoir dans la chambre aucune provision de lait ou d'aliments quelconques, aucune boisson ou tisane, à moins que ce ne soit dans des récipients bien clos. Il vaut mieux même que les aliments ou boissons ne soient apportés dans la chambre du malade qu'au fur et à mesure des besoins et ce qui n'est pas immédiatement consommé doit être, après que le malade y a touché, brûlé ou jeté dans un vase uniquement affecté à cet usage.

Il est très utile de placer auprès du malade un bol contenant un peu d'eau dans lequel il crachera. Il y a grand intérêt, en effet, à maintenir humides les crachats qui, étant secs, se répandent dans l'air sous forme de poussière et peuvent ainsi propager la maladie.

Le contenu du bol doit être jeté dans le vase spécial, après la visite du médecin.

Pendant toute la durée de la maladie, on tient toutes les pièces d'habitation très propres, on les aère par l'ouverture des fenêtres pour laisser entrer l'air et le soleil le plus longtemps possible tous les jours.

Nettoyage de la chambre. — Pour nettoyer la chambre, il ne faut pas la balayer, de crainte d'agiter les poussières qui peuvent contenir des germes et transmettre la maladie aux autres personnes de la famille, de la maison ou des maisons voisines ; il faut, au contraire, soit répandre d'abord sur le sol de la chambre de la sciure de bois humide, soit l'essuyer avec un linge légèrement humide. On doit ensuite laisser séjourner pendant une heure dans l'eau bouillante et rincer ce linge, puis brûler les balayures dans le foyer. S'il n'y a pas de feu allumé, ces balayures seront mises dans le vase spécial dont il a été parlé au paragraphe précédent.

Désinfection des effets, vêtements, draps, etc. — Aucun des effets, linge de corps, vêtements, draps, qui ont servi au malade, ne doit être secoué par la fenêtre ; on les mettra dans une boîte, un panier ou un sac jusqu'à ce qu'il soit procédé à leur désinfection.

Pour la désinfection des draps blancs ou de couleur, des linges et étoffes (toile, laine, coton), on les ploie dans l'eau maintenue bouillante à gros bouillon pendant une heure au moins, puis on les porte de suite à la lessive.

Ces modes de désinfection sont remplacés par l'étuve à vapeur sous pression, s'il en existe une dans la commune.

Pour désinfecter les objets de cuir et des chaussures, on les lave soigneusement avec une solution antiseptique (solution d'acide phénique à 5 grammes pour 100 grammes d'eau, ou solution de sublimé à 1 gramme pour 1,000 grammes d'eau et 2 grammes de sel marin).

Ces opérations, quand elles sont faites avec soin, n'altèrent pas sensiblement les objets.

Désinfection des déjections. — Aucune des injections du malade, urine, matières fécales, crachats, vomissements, ne doit être répandue sur les fumiers ou dans les cours d'eau, ni jeté sur le sol.

Ces déjections, comme les résidus du balayage, comme l'eau du lavage à l'eau bouillante des effets et des vêtements, doivent être transportées dans le vase spécial qui doit être toujours rempli à moitié au moins d'une solution de sulfate de cuivre (50 grammes de sulfate de cuivre par litre d'eau).

Ce vase doit être vidé dans les cabinets d'aisance ou dans un trou en terre, à demi rempli de chaux vive et creusé à une grande distance des puits et cours d'eau.

Le vase est lavé, sur place même, avec la solution de sulfate de cuivre, avant d'être reporté dans la chambre du malade.

Personnes qui soignent les malades. — Les personnes qui soignent un malade ne doivent ni manger ni boire dans sa chambre. Elles ne doivent jamais quitter cette chambre sans s'être lavé très soigneusement les mains au savon. L'eau qui aura servi au lavage des mains est versée dans le vase spécial et celui-ci est ensuite vidé dans les cabinets d'aisances.

Eau de boisson.— L'eau servant à boire, à cuire les aliments et à prendre les soins de propreté pour le malade doit être bouillie. Tous les membres de la famille doivent aussi faire usage d'eau bouillie pendant le temps de la maladie ou de l'épidémie.

II. Après la maladie. — *Désinfection après la maladie.* — A la fin de la maladie, tous les objets qui garnissent la chambre du malade doivent y être laissés jusqu'après la désinfection, qui doit être faite le plus tôt possible pour tous ces objets sans exception, qu'ils aient ou non servis au malade.

Pour les effets, linges de corps, vêtements, draps, couvertures, etc., on procède à la désinfection comme il est dit plus haut.

Pour les meubles, traversins, oreillers, etc., on en découd l'enveloppe, qu'on lave à l'eau bouillante comme il est dit plus haut pour les draps ; le contenu (laine, crin, varech, plume, paille, etc.) est soit brûlé, soit lavé tout au moins de la même façon.

Pour désinfecter la chambre, on lave les murs, le plafond et surtout le sol (plancher, carrelage ou terre battue) avec une solution d'acide phé-

nique à 5 grammes pour 100 grammes d'eau, ou avec une solution de sublimé à 1 gramme pour 1.000 additionnée de 2 grammes de sel marin pour un litre d'eau, ou avec une solution de crésyl à 5 grammes par 1,000 grammes d'eau. Le sol est ensuite épongé et essuyé avec soin. Si les murs sont blanchis à la chaux, on devra toujours procéder à un nouveau blanchissage de la surface.

Il pourra être pris, sur l'avis du médecin, d'autres mesures de désinfection suivant les cas.

S'il existe un service spécial de désinfection dans la commune où à proximité, il devra toujours être fait appel à ce service qui sera seul chargé de la désinfection

Mesures à prendre par le malade avant sa sortie. — Le médecin indique quand le malade doit être lavé et quand il doit sortir (mais la sortie ne doit jamais avoir lieu qu'après un bain ou un lavage à l'eau de savon).

Le médecin dit aussi quand l'enfant peut jouer avec ses camarades et retourner à l'école.

Exclusion de l'école. — La rentrée en classe ne peut s'effectuer que quarante jours après le début de la maladie pour la variole, la scarlatine et la diphtérie, et seize jours seulement après la rougeole.

Dans l'intérêt même des enfants, l'instituteur a le devoir de renvoyer dans sa famille tout enfant chez lequel il peut craindre l'apparition d'une affection contagieuse.

Tout le monde a intérêt à prendre chez soi les précautions nécessaires pour empêcher que la maladie se transmette aux autres membres de la famille et aux voisins.

Tout le monde a intérêt à ce que son voisin prenne des précautions chez lui quand il a un malade atteint d'une maladie contagieuse.

La présente instruction est applicable à toutes les affections épidémiques et contagieuses des adultes (choléra, fièvre typhoïde, diphtérie [croup, angine couenneuse], scarlatine, rougeole, suette, typhus, dysenterie épidémique, phtisie).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Société de protection des victimes du devoir médical.

Encore une victime !

Dans le dernier numéro du *Concours*, j'ai annoncé, en quelques mots, qu'un médecin plein d'avenir, le docteur Ramakers, d'Alger, venait d'être emporté d'une façon foudroyante, après avoir soigné une dame atteinte d'angine érysipélateuse maligne : « J'affirme, m'écrit le docteur Laporte, dans un certificat motivé qu'il a dû m'adresser, selon les traditions de notre Société, que le docteur Ramakers est mort victime du devoir professionnel. »

— Nous avons pensé, qu'il était de notre devoir, non seulement d'intervenir en faveur de la famille de notre infortuné confrère, d'invoquer l'appui de quelques hauts personnages, dans l'intérêt de sa veuve et de ses enfants, mais encore de nous faire l'écho des éloges et des adieux touchants qui ont accompagné le défunt à sa dernière demeure.

Au cimetière, M. le professeur Bruch, directeur de l'Ecole de Médecine ; M. le Dr Caussidou, délégué de l'hôpital et de l'Association des Médecins, et M. Barillon, interne à l'hôpital civil, ont prononcé des discours qui ont ému toute l'assistance.

Voici dans quels termes le Dr Labadini s'est exprimé :

« Notre collègue est mort bien jeune et au moment même, où il commençait à recueillir le fruit de tous les efforts qu il avait dépensés pour se créer une situation. Après avoir passé par toutes les épreuves du concours, internat, prosectorat, prix Poisson, clinicat, il était devenu professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de Médecine et chirurgien-adjoint à l'hôpital civil.

Petit-fils, fils et neveu de braves officiers, originaires de la Corse, il tenait de ses ascendants une fermeté de caractère et une décision remarquables, qu'il apportait dans tous les actes de sa vie, et qui certes eussent fait de lui un excellent soldat, s'il n'avait pas été conduit par ses goûts particuliers à embrasser la carrière médicale, qu'il aimait avec passion.................. Santé, travail opiniâtre, espérances réalisées, tout a sombré dans un instant ! Jamais je n'ai senti avec autant d'angoisse, que notre labeur quotidien, nos sacrifices et nos soucis sont choses superflues et stériles, puisque tout s'écroule bien souvent, au moment même où le rêve est près de devenir la réalité. Devant une pareille catastrophe, on se sent comme envahi par l'incertitude du lendemain, et notre esprit flotte dans une désespérance affreuse ! »

Ecoutons maintenant, le doyen de l'école d'Alger :

« La mort, depuis quelque temps, a frappé plusieurs membres du Corps médical algérien. Nous avons suivi avec un respectueux recueillement leur cercueil jusqu'au bord de la tombe, nous avons payé le légitime tribut de regrets auxquels ils avaient droit, mais nous étions préparés et par leur âge et par l'état de leur santé, à la catastrophe inévitable et nous en avons été affligés, mais non surpris.

Combien différente, hélas ! est la solution d'aujourd'hui !

Un de nos collègues les plus jeunes, plein de force, de santé et de vie, disparaît tout à coup, brutalement et traîtreusement enlevé par une maladie qui avait à peine dépassé, en apparence, les allures d'une simple indisposition.

Tous, nous avons été atterrés par cette fatale nouvelle, à laquelle nous avions peine à croire. Elle n'était, hélas ! que trop vraie ! Ramakers venait d'être terrassé, après deux ou trois jours de maladie. Quelle ironie amère de la destinée !

Dès son entrée dans la carrière médicale, il y avait conquis une place distinguée et tout lui permettait d'espérer un brillant avenir, comme couronnement de sa légitime ambition. Instruit et travailleur comme il l'était, avec un long avenir devant lui, il avait le droit de faire de beaux rêves en contemplant la jeune famille, dont il était le chef.

Ambition, beaux rêves, tout s'est évanoui en un instant. De tout cela il ne reste plus que le souvenir et une famille plongée dans la douleur la plus amère, douleur à laquelle nous revendiquons le droit de prendre notre part.

. . . .

Les membres du Concours médical voudront aussi prendre leur part de ce deuil navrant et s'associer aux regrets des amis et des élèves de Ramakers.

Puisse l'expression cordiale de nos sympathiques condoléances, atténuer un peu la douleur des siens !

— Qu'il me soit permis, en terminant, de rappeler simplement les noms de quelques-uns des héros modestes, qui, depuis deux ans, ont mérité de prendre place dans le martyrologe médical :

Le docteur Guerdelach, contaminé par une piqûre, en ouvrant un abcès chez un enfant.

— William Vignal, emporté par une inoculation de laboratoire. Il faisait des recherches au Collège de France et à la clinique d'accouchements de la Faculté.

— Le docteur Emile Blanc, de Lyon, victime, à l'âge de 35 ans, d'une septicémie suraiguë par infection digitale, d'origine puerpérale.

— Laurent Préfontaine, interne de 4e année, qui contracte la fièvre typhoïde, en soignant une petite fille atteinte de cette maladie.

— Ragueneau, interne à Rouen, qui gagne la diphtérie, après avoir fait une trachéotomie.

— Henri Sylvestre Hérisson, neveu de l'ancien ministre, qui meurt aussi d'une angine infectieuse, gagnée à l'hôpital de la Pitié.

— Marcel Courand est emporté par une piqûre anatomique ; Joseph Lallemand, externe à l'Hôtel-Dieu, et Guntner, infirmier à l'hôpital Saint-Denis, succombent au typhus exanthémique, pris au chevet des malades qu'ils soignent.

Que d'autres encore, que j'oublie, ou dont j'ignore le sort !

A tous j'adresse un salut, plein de déférence et d'admiration.

Dr Grellety.

Les charlatans.

Paris, foyer des lumières — suivant l'expression connue — est aussi le centre de toutes les crédulités. C'est la ville de la science et c'est aussi la ville de la sottise. Il n'y a point de quartier, nous dirions volontiers, il n'y a pas de rue où n'exerce quelque chiromancienne, cartomancienne, diseuse de bonne aventure, somnambule, prédisant l'avenir à l'aide des tarots ou du marc de café. Les magnétiseurs pullulent depuis deux ans. Tous ces gens gagnent admirablement leur vie, publient à la quatrième page des journaux les plus étourdissantes annonces et prennent, dans leurs rets, une foule de personnes qu'y pousse la douleur ou l'espérance. On aura beau répandre l'instruction, ridiculiser les imbéciles, punir même, comme escrocs, les sorciers du dix-neuvième siècle, l'âme humaine est ainsi faite que le mystérieux l'attire.

Au nombre de ces farceurs les plus dangereux, sont ceux qui exercent illégalement la médecine, c'est-à-dire qui pratiquent l'art de soigner les maladies, sans l'ombre d'un diplôme.

Ils sont fort nombreux à Paris et du reste dans toutes les grandes cités. Nous nous moquons parfois des guérisseurs de village : Paris est à ce compte un grand village. De temps en temps, le tribunal correctionnel frappe ces charlatans ; mais comme les plaintes sont rares, de peur de la publicité, ils continuent leur industrie sans trop de mésaventures et sans se soucier des pénalités, d'ailleurs trop douces, que porte contre eux la vieille loi du 19 ventôse an XI, articles 35 et 36, rajeunie par la loi du 30 novembre 1892. On risque volontiers une amende et quelques mois de prison, quand on gagne chaque jour de fortes sommes.

Ces exploiteurs de la crédulité publique se divisent en plusieurs catégories :

Les somnambules qui découvrent les causes des maladies et révèlent le secret de la guérison.

Les magnétiseurs qui fascinent les malades et les renvoient guéris sur l'heure, sauf mauvaise volonté de leur part ;

Les rebouteurs qui réparent les luxations des membres et dissipent les douleurs par une série de frictions dont ils possèdent le secret « transmis par leurs deux pères ».

Enfin, les vendeurs de remèdes inconnus qui guérissent les maladies incurables. Ce sont les plus odieux de la bande.

Les somnambules foisonnent à Paris. Il y en a qui ont une clientèle superbe, composée de gens riches, instruits, porteurs de grands noms et qu'on supposerait moins crédules. Ce sont des femmes qui, le plus souvent, exercent ce métier. Il y en a de vieilles, il y en a de jeunes. Ces dernières ont parfois, plus d'une corde à leur arc. Règle générale, la somnambule est indiscrète : elle n'a qu'un respect médiocre pour le secret professionnel et elle montre volontiers les cartes de visite que les clients de marque laissent chez elle. Il y en a qui ont un album où les personnes « satisfaites » consignent leurs observations et épanchent leur reconnaissance. Si vous avez la sottise d'aller chez ces patriciennes, ayez au moins la précaution de ne rien écrire sur l'album. En cas de poursuites judiciaires, l'avocat de la somnambule pourrait lire votre attestation élogieuse. Il serait même capable de vous assigner en témoignage, ce qui ferait du tort à votre réputation de Parisien sceptique.

Une visite chez une somnambule est chose amusante. Un hibou, parfois vivant, ordinairement empaillé, fixe ses yeux ronds sur le nouveau client, un crocodile balance au plafond ses pattes torses, quelques lézards verts tapissent les murs. Le classique chat noir promène, au travers des bocaux à serpents, sa robe de velours.

La somnambule est endormie par un monsieur correctement vêtu. Parfois, le croirait-on, ce monsieur est un docteur en médecine, qui osera tout à l'heure homologuer de sa signature l'ordonnance dictée par la devineresse. Vous allez consulter la somnambule pour une maladie de rein, elle vous découvre, en plein sommeil, une maladie de cœur : « Dieu ! qu'elle est grave votre maladie de cœur, comme vous avez bien fait de venir ? » Elle vous ordonne les remèdes les plus étranges, en ayant bien soin d'ajouter que vous devez lui rendre visite chaque semaine, jusqu'à complète guérison. Quant à la maladie du rein qui vous inquiétait, elle hausse les épaules. « Votre médecin, ajoute-t-elle, suffira bien pour la guérir. Mais c'est votre maladie de cœur avec laquelle il ne faut pas badiner ! » Elle vous délivre, en grand mystère, un petit flacon

contenant un liquide jaune, rouge ou noir, dont vous allez mettre une goutte dans un litre d'eau. « Vous en boirez un petit verre les jours impairs du mois : le 1er, le 3, le 5, etc.. N'allez pas vous tromper surtout ! les jours impairs... Vous avez bien entendu...

Quand la somnambule est bonne personne, elle vous recommande en outre de porter de la flanelle, de mettre du coton dans vos oreilles, les jours de vent, et de ne pas manger trop de farineux.

Coût : vingt francs, et vingt francs pour le petit flacon. Les bons conseils se donnent en plus. Vous vous retirez enchanté — et vous allez voir votre médecin, pour la maladie du rein, à laquelle vous ne songiez plus.

Les magnétiseurs qui fascinent les malades sont bien connus. L'un d'eux a une réputation telle que son nom est dans toutes les bouches. Sa spécialité est de dégager un fluide exceptionnel auquel rien ne résiste. En une passe, en un tour de main, il assouplit le plus raide des paralytiques, le somme de déposer ses béquilles et le renvoie avec des jambes de cerf. Il compte beaucoup de clients —ses clients reviennent, ce qui prouve, d'une part, qu'ils ne sont pas guéris et d'autre part qu'ils ont toujours confiance. Voilà des années que dure cette distribution de fluide, malgré quelques mésaventures judiciaires. Les gens, qui se plaignent sont probablement des esprits mal faits qui s'entêtent à ne pas guérir. Il y a de si mauvais caractères.

Dans le magnétisme, comme partout, la concurrence est grande. On compte présentement à Paris plus de cent magnétiseurs, qui enjoignent ainsi aux malades de se bien porter. On fait antichambre chez eux. Des douzaines de paires de béquilles sont appendues généralement dans le salon d'attente : c'est ce que l'un de ces guérisseurs appelle des documents humains.

Parfois, la femme du magnétiseur complète l'œuvre maritale en faisant le marc de café. En plein Paris, il y a des sorcières qui prédisent l'avenir par l'examen du marc qui a servi à fabriquer leur demi-tasse. Elles soignent les peines de cœur principalement. Elles ont une clientèle assez mal composée, mais nombreuse et qui paye bien. Règle générale, quand vous osez vous moquer d'une personne qui est allée consulter une de ces farceuses, elle prend un air piqué et vous répond : « Riez, si vous voulez, ça n'empêchera pas qu'elle m'a dit la vérité, et j'y retournerai encore. » Et je ne parle pas seulement des femmes de condition médiocre.

La plus terrible espèce de guérisseurs, c'est le charlatan, c'est-à-dire l'homme qui, dépourvu de tout diplôme, prétend guérir, à coup sûr, certaines maladies. Qui n'a vu, dans ces coins obscurs de Paris, des tableaux contenant des photographies, avant et après la guérison. Avant, c'est un cancer horrible, ayant rongé le nez, les lèvres, la joue d'une femme ; après la guérison, le nez est redevenu superbement aquilin, les lèvres sont arquées et fermes, la joue est rebondie.— Et les pauvres affligés qui passent croient à tout cela. L'espérance renaît dans leur cœur et ils vont porter à ces charlatans leurs économies. Or, ces malfaiteurs sont de purs escrocs, car ils emploient les pires manœuvres, s'affublant de faux titres, de décorations invraisemblables, parfois même exerçant sur leurs victimes de véritables chantages, si elles regimbent, se sentant dupées.

Loin de guérir les maladies, il les enveniment souvent, car ils n'ont pas les plus élémentaires notions médicales. Ils brûlent, corrodent, fouillent les chairs sans pitié, et chacun de ces supplices se paye comptant. Ils se servent de pommades incendiaires et de liquides destructeurs. Ils sont la honte de l'humanité, dont ils ont toujours le mot à la bouche.

La justice devrait les traquer comme des fauves cruels. Dans tous les hôpitaux, on trouve des malades qui auraient pu être aisément guéris et dont les plaies ont été exaspérées par ces charlatans, au point de devenir incurables.

Il y a là, toute une engeance de malfaiteurs professionnels, car ils n'ignorent point, les misérables, qu'ils volent et qu'ils mutilent ceux qui se sont confiés à eux. Il ne sont pas moins coupables que le scélérat posté la nuit dans une ruelle pour vous dévaliser. Eh bien ! Paris compte un grand nombre de ces horribles charlatans. Ils ont leurs rabatteurs dans les ateliers, dans les corporations industrielles, dans les chantiers. Que d'ouvriers ils estropient et plongent dans le désespoir !

Les rebouteurs sont également nombreux à Paris. Ils sont légion en province. Il n'y a pas de village, qui n'ait son rebouteur. Les paysans les préfèrent aux médecins, — et ils coûtent plus cher. On vient souvent les trouver de fort loin, et il y a telle grande ville du Midi, où un rebouteur en renom a sans cesse des équipages à sa porte, tellement sa clientèle est choisie.

Chose curieuse ! j'ai entendu des médecins, de savants et distingués médecins, vanter l'adresse de certains rebouteurs. Ils reconnaissaient leur dextérité à redresser une foulure, à réduire même une luxation. Mais pareil hommage est rare. En réalité, les rebouteurs sont des empiriques qui, dans les cas difficiles, estropient le malade pour le reste de ses jours. Ils prétendent tous tenir de famille le secret de leur métier. Ils affirment que, de père en fils, depuis des siècles, ils se livrent à ces opérations. La plupart du temps, il n'en est rien. Pour quelques rebouteurs de tradition, il y en a des centaines d'occasion. D'audacieux individus s'improvisent rebouteurs, surtout dans les villes. Dans les campagnes, c'est peut-être plus rare, bien que partout les traditions soient fort entamées. Mais dans les villes et surtout à Paris, méfiez-vous du bonhomme « qui tient ça de son père ». Les trois quarts du temps, c'est un vulgaire flibustier. Du reste les « cabinets de rebouteurs (aujourd'hui le rebouteur a un cabinet) se cèdent. Adieu le vieux père ! »

Faut-il parler des dentistes ? Cet art s'est beaucoup amélioré, au moins à Paris et dans les grandes villes, depuis une quinzaine d'années. Sans doute, nombre de ces praticiens ont conservé des habitudes de réclames hyperboliques encore, mais presque tous les jeunes gens ont fait des études spéciales. Ils ne sont pas de simples extracteurs à la force du poignet.

Quant à moi, je ne puis songer sans frémir à l'aventure qui m'arriva un jour, dans une petite ville où je passais. Saisi d'une rage de dents atroce, j'allai chez un dentiste, qui m'avait été indiqué comme étant d'une habileté rare. En

entrant, je reconnus, du premier coup d'œil, un ancien brigadier de gendarmerie que j'avais vu naguère sous le baudrier. Je ne pus m'empêcher de lui rappeler ce passé glorieux et je lui demandai où il avait appris la profession de dentiste. Il saisit sa clef de Garengeot d'une main luisante et me dit : « Avec ça, monsieur, pas besoin d'études, c'est le plus beau des instruments ! Une foi la dent saisie, rien à craindre : Il faut qu'elle vienne. Ça vous emporterait plutôt la mâchoire. — Vous allez voir ! » Je le félicitai de son habileté, mais je m'esquivai lâchement. Je ne souffrais plus.

(*J. de méd. de Paris.*)

Les médecins qui font de la pharmacie.

L'Union des Syndicats demande à chacun de ceux-ci, de lui faire connaître le nombre des médecins de la région, qui font de la pharmacie.

D'un travail d'ensemble, auquel nous nous sommes livrés sur des données digne de foi, il résulte que 2618 localités de France ont des médecins (un ou plusieurs), sans avoir de pharmacien.

C'est donc environ 3,000 médecins qui sont en situation légale de vendre des médicaments, et qui le font, sans nul doute, afin de pouvoir vivre, dans les régions peu courues, où ils assurent des soins aux habitants.

Nos représentants, qui doivent, avant tout, se montrer soucieux de la santé publique, n'oublieront sans doute pas que ces 3,000 confrères ne peuvent pas être lésés par la nouvelle loi, si on tient à ce qu'ils ne désertent pas leur poste, de nécessaire dévouement.

REPORTAGE MÉDICAL

Une nouvelle Revue médicale, vient de se fonder à Monaco, sous la direction du docteur *Guimbail* ; cette Revue a pour titre : la *Thérapeutique nouvelle par les agents physiques et naturels.*

— Un concours pour 5 places de médecin adjoint au dispensaire de salubrité de la Préfecture de police s'ouvrira le jeudi 28 mai, à la salle du conseil d'Hygiène et de salubrité. Inscriptions de 10 h à midi, au Bureau du personnel, du lundi 11 mai au lundi 18 mai inclus.

— *L'Association des médecins de la Seine, fondée en 1833, par Orfila, en faveur des membres malheureux de la profession médicale* a tenu, dimanche, sa 63e Assemblée générale, sous la présidence de M. Brouardel.

Le Secrétaire général, M. Henri Barth, a donné lecture du compte rendu du dernier exercice. Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 68.941 francs dont 18.055 fournis par les cotisations, 11.565 par les dons et legs, et le reste par le revenu des fonds placés.

Avec ces ressources, l'Association a secouru six sociétaires, cinquante-cinq veuves ou familles de sociétaires, enfin trente-six autres personnes appartenant au corps médical de Paris ou du département. De plus, trois pensions viagères de 1,200 fr. chacune ont été allouées à des sociétaires âgés et infirmes.

Le total des secours distribués s'est élevé à 50.887 fr. Une somme de 16.288 francs a été versée au fonds de réserve.

A la fin de la séance ont eu lieu les élections du bureau pour le prochain exercice ; ont été élus : *président*, M. Brouardel ; *vice-présidents*, MM. Guyon et Fernet.

— *A la recherche de médecins sanitaires maritimes.* — Nous trouvons les deux demandes ci-dessous dans un journal de médecine :

1005. — La Compagnie des Chargeurs Réunis dispose à bord de quelques-uns de ses vapeurs de postes de médecins sanitaires.

Les demandes des postulants devront être adressées directement à M. l'Agent principal de la Compagnie, au Havre, qui fournira tous les renseignements concernant les conditions faites aux docteurs par la Compagnie.

1004. — La Compagnie de Navigation mixte (Cie Touache) demande des docteurs en médecine pour les navires postaux de la Méditerranée. Inutile d'écrire si l'on n'est pas docteur d'une Faculté française.

Les médecins qui seront dans les conditions voulues devront faire une demande au Directeur de la Santé, à Marseille.

Ne seront embarqués que les médecins pouvant disposer d'au moins six mois.

Pour les conditions, s'adresser à M. le Dr Lop, médecin en chef de la Compagnie, 3, rue de la République.

Le nouveau règlement, dont nous signalions l'autre jour les dispositions malencontreuses, fait-il déjà le vide dans le jeune cadre des médecins sanitaires ? Ce ne serait pas un résultat imprévu pour tout le monde.

— *La médecine en Angleterre.* — Nous avons appris, avec un certain étonnement, par l'annuaire officiel médical anglais de 1896, que le Royaume-Uni possède 33.601 médecins pour 40 millions d'habitants, c'est-à-dire 1 par 1.200 âmes. En France nous n'en sommes pas encore là, à moins qu'on ne fasse entrer en ligne de compte nos confrères de la main gauche. Mais si les temps sont déjà durs pour le praticien français, que doit-il en être de l'autre côté de la Manche ? Beaucoup se tirent probablement d'affaire en vendant des médicaments, ainsi que l'affirmait dernièrement Médicus, dans un article qui fit le tour de la presse ; s'il en était autrement, il faudrait supposer que les tarifs d'honoraires sont beaucoup plus élevés que chez nous.

— *Le prix Larrey à l'Académie des sciences.* — Par décret, en date du 4 avril, l'Académie des sciences est autorisée à accepter la donation faite par Mlle Dodu d'un titre de rente de 850 francs.

Les arrérages de cette rente seront affectés à la fondation d'un prix annuel qui portera le nom de *Prix du baron Larrey* et qui sera décerné à un médecin ou à un chirurgien des armées de terre ou de mer pour le meilleur ouvrage présenté à l'Académie au cours de l'année sur un sujet de médecine, de chirurgie ou d'hygiène militaires.

— Une devineresse, *Euphrasie Lange*, qui se faisait l'interprète du prophète (sic) Orphée et escroquait sa clientèle, en lui faisant prophéties et promesses, a été condamnée, en police correctionnelle, à huit jours de prison.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Vergne, de Paris, membre du « Concours médical ».

Le Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 20 16 Mai 1896

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Les grandes réformes médicales.

Enfin ! Il paraît que les pouvoirs publics se préparent à nous donner satisfaction sur un point capital de nos revendications.

Il ne s'agit pas, bien entendu, de retirer le projet d'impôt sur nos modestes revenus, car, de ce côté, il est seulement question de présenter la pilule sous une autre robe.

On ne s'occupe pas davantage de garantir le niveau moral de notre profession, en maintenant la nécessité des baccalauréats à l'entrée des études médicales. Le projet Combes est toujours devant la commission, et nous n'avons pas été avisés que celle-ci ait procédé à son enterrement.

La question de l'interdiction, aux étrangers, d'exercer la médecine en France attend les grands soleils de la canicule pour mûrir comme il convient. Tous les intéressés, praticiens, professeurs, étudiants, internes, ont adopté sans hésitation la résolution proposée, par l'unanimité de la presse médicale : ils ont même manifesté avec ensemble à ce sujet. — Ceci pourrait vous induire à penser qu'un décret ministériel en bonne et due forme va nous rendre le domaine envahi. — Erreur ! s'il en faut croire une interview avec M. le Doyen, nous devrons attendre le vote de la proposition de loi de M. G. Berry, déposée naguère sur le bureau de la Chambre des députés, et bien menacée de caducité, par l'expiration prochaine du mandat de celle-ci.

Non, c'est ailleurs, c'est sur l'important sujet de la *thèse du doctorat*, que le nouveau ministre de l'instruction publique vient de porter son attention.

A-t-on assez discuté sur l'utilité de cette suprême épreuve des candidats ! Conserverons-nous ? Supprimerons-nous ? — La question restait toujours là, obsédante, il faut bien en convenir, pour celui qui devait prendre la responsabilité d'une solution.

Eh bien ! elle est enfin tranchée, et comme la poire, c'est-à-dire en deux.

Voici, en effet, le communiqué officiel qui nous l'annonce.

« Par arrêté du ministre de l'instruction « publique, en date du 1er mai 1896, à partir de « l'année scolaire 1896-1897, le format des thèses « de doctorat en médecine sera l'*in-octavo*. »

N'est-ce pas, chers confrères, que, si nous ne sommes pas satisfaits de ce don de joyeux avènement, c'est que nous tombons dans une exigence du plus mauvais goût ?

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les adhérences péritonéales considérées comme causes de phénomènes douloureux

C'est une question fort intéressante et pleine d'applications pratiques que celle des adhérences péritonéales, considérées comme causes de phénomènes abdominaux douloureux. M. Bouquet de Jolinière s'est attaché, dans sa thèse, à élucider quelques points de cette question que nous demandons la permission de résumer ici.

Les observations qu'il a recueillies dans les diverses littératures médicales concernent l'estomac, l'intestin (intestin grêle et côlon) et la vésicule biliaire. L'intérêt de ces faits est que les symptômes ne présentant rien de bien caractéristique peuvent être mis sur le compte d'affections de l'estomac ou de l'intestin, de dyspepsies rebelles, etc., et que, dans la plupart des cas, la véritable cause peut être insoupçonnée. Aussi se contente-t-on d'un traitement médical qui reste infructueux, alors que l'on peut obtenir d'excellents résultats de l'intervention chirurgicale, laquelle est, du reste, le plus souvent, le seul moyen thérapeutique rationnel.

Les adhérences gastriques se manifestent surtout par des phénomènes douloureux et secondairement par de la dyspepsie, des vomissements, etc..

La *douleur au niveau de la région gastrique* est un fait constant ; elle existe, en effet, chez tous les malades, mais elle n'affecte pas chez tous les mêmes caractères. En général, c'est moins une véritable douleur, qu'une sensation pénible de plénitude, de pesanteur d'estomac succédant à l'ingestion des aliments. Cependant la douleur peut être vive et intolérable.

Le moment d'apparition après le repas est variable aussi ; c'est presque aussitôt après ou au bout d'une heure, que les douleurs apparaissent pour augmenter progressivement d'intensité jusqu'au vomissement, après lequel elles cessent. A jeun, la douleur n'existe pas ; cependant, chez une malade, elle était continue, du moins à une certaine période de la maladie.

Il est impossible de donner une description exacte de tous ses caractères, variables suivant les cas ; la douleur, localisée chez l'un, est plus ou moins irradiée chez un autre, ou peut présenter un maximum d'intensitéà la région pylorique chez un troisième, ce qui s'explique facilement par la variété dans la forme, l'étendue, la consistance et la *topographie* des adhérences.

A côté de cette douleur, il faut placer le *vomissement*, qui met ordinairement fin à l'accès douloureux, vomissement se produisant sans effort au bout d'un temps également variable. Il est en général composé d'aliments plus ou moins digérés et contient des acides de fermentation.

Le vomissement est, comme la douleur, un fait à peu près constant ; il faut ajouter à ces symptômes une constipation opiniâtre, une diminution de la quantité des urines, une dilatation stomacale et un état général grave, malgré la conservation de l'appétit et l'absence de fièvre.

On conçoit que, basé sur des faits aussi vagues le diagnostic soit des plus difficiles.

Les adhérences intestinales se manifestent aussi par des douleurs, que l'on peut diviser en deux sortes :

a. Celles qui sont dues aux tiraillements exercés sur l'intestin par les adhérences en même temps qu'aux déplacements possibles de l'organe.

b. Celles qui sont dues à des contractures de l'intestin, véritables coliques intestinales de même nature que les coliques hépatiques et néphrétiques.

Ces phénomènes douloureux alternent avec des périodes de santé parfaite et sont souvent accompagnés de troubles digestifs plus ou moins accentués.

— Enfin, les adhérences de la vésicule biliaire peuvent donner lieu à des phénomènes d'une interprétation difficile.

Un certain nombre d'observations semblent établir en effet, que des adhérences de la vésicule biliaire peuvent donner naissance à un ensemble de symptômes douloureux de tous points analogues à ceux des coliques hépatiques véritables produites par l'évacuation de calculs, c'est-à-dire à des crises intermittentes de douleurs, parfois très vives. dont le maximum se trouve dans la région de l'hypocondre droit, mais qui s'irradient plus ou moins, crises accompagnées de vomissements, et dont la durée peut varier de quelques heures à plusieurs jours. Aussi, dans la plupart de ces cas, ce ne fut que l'intervention chirurgicale, pratiquée en raison de la gravité et de la durée des symptômes, qui montra que la véritable cause des accidents était l'existence d'adhérences ; le diagnostic de lithiase biliaire avait été posé.

Le seul traitement rationnel est la libération des adhérences. Les résultats immédiats sont

FEUILLETON

Première aux bacheliers.

Vous êtes fils d'un fonctionnaire soumis et exact, d'un professeur tranquille, aux maigres appointements ; d'un humble instituteur ; d'un petit industriel ou commerçant, honnête et économe ; d'un cultivateur aisé. Le curé du village, ou le collège de la petite ville, vous ont permis de faire vos *classes* à peu de frais. Vous avez passé *votre bachot* avec succès, et vous voilà sautant de joie, comme si vous aviez conquis le monde, tandis que vos parents, fiers de leur progéniture, et aussi remplis d'illusions que vous, répètent à tout le monde que vous êtes « un sujet », que vous « irez loin », et vous poussent, inconscients, vers les *carrières libérales !*

Les carrières libérales ! c'est l'ambition suprême ! Après ces mots on peut tirer l'échelle....

Le prestige de l'uniforme n'existe guère en province ; les écoles supérieures ne sont abordables que pour l'élite des sujets qui ont fait leurs études dans les grands lycées ; le notariat est fini ; l'industrie et le commerce ont trop de hasards pour les gens positifs ; l'enseignement n'est pas une source de richesses ; la bureaucratie d'Etat et des Compagnies non plus, — et puis l'on n'est pas indépendant dans les administrations. Bref ! les carrières libérales seules donnent l'indépendance, la considération, la richesse ! Comme l'on craint que vous n'ayez pas la parole assez facile (il faut avoir la langue si bien pendue, pour être avocat connu !) vous n'essayerez pas du barreau : vous serez donc pharmacien ou médecin. Mais pour être pharmacien, il faut, études faites, acheter un fonds, et comme, de plus, le titre ne vaut pas celui de docteur en médecine, on se rabat définitivement sur le médecin..... Vos parents ont calculé qu'en vendant quelques pièces de terre ou en faisant un emprunt ils pourraient vous faire une pension de 3.000 fr. à Paris. Ce sera dur et un peu juste ; mais ils comptent sur votre bonne conduite et votre travail. Ils espèrent que vous ne ferez pas de dettes, et qu'en cinq ans vous serez en état de voler de vos propres ailes et de gagner non seulement votre vie, mais aussi de recueillir les fruits des sacrifices faits, c'est-à-dire de devenir riche, de doter vos sœurs, et d'aider vos vieux parents à vivre....

Dignus est intrare ! Vous voilà docteur en médecine ! Bien au-dessus de la modeste carrière paternelle ! Serez-vous plus heureux ?....

Vous avez réfléchi que, pour arriver au but et parvenir à réaliser vos souhaits, il était préférable de vous établir dans une grande ville ou un centre important. D'ailleurs, nul n'est prophète en son pays, et puis les confrères des campagnes sont plus à plaindre que ceux des villes... Vous vous installez donc, sûr que les

excellents ; les résultats éloignés, dans la majorité des cas, ne laissent rien à désirer. L'on peut du reste se mettre à l'abri de la reproduction ultérieure des adhérences, si l'on a soin de *péritoniser* la surface cruentée, c'est-à-dire de la recouvrir complètement de péritoine sain, en adossant séreuse contre séreuse par une suture à points rapprochés.

La colite muco-membraneuse dans les affections utérines.

L'entéro-colite muco-membraneuse est une affection assez fréquente chez les femmes atteintes de maladies utérines. M. le Dr *Letcheff* vient d'en faire une étude intéressante dans sa thèse de doctorat.

Pour lui, cette affection doit toujours être considérée comme de nature infectieuse.

L'infection se fait :

1° Soit directement par propagation d'une infection génitale à l'intestin.

2° Soit indirectement par résorption putride déterminée par un trouble mécanique d'origine génitale au cours régulier des matières.

Le traitement conseillé par M. Letcheff est celui du Dr Mathieu :

Au moment des crises de diarrhée muco-membraneuse, alors même que les symptômes locaux sont minimes et les selles peu abondantes, le malade devra garder le repos. Le lit serait absolument nécessaire s'il y avait des phénomènes fébriles ou des symptômes d'auto-intoxication.

Lorsque les douleurs abdominales seront modérées, il suffira souvent pour les calmer de prescrire de grandes onctions de laudanum sur le ventre, avec des applications d'ouate chaude, ou bien de faire des frictions donces sur le ventre avec de l'huile camphrée tiède et largement laudanisée.

Ces frictions devront toujours être dirigées dans le sens même du gros intestin, car elles agiront surtout comme un véritable massage.

Si les coliques devenaient plus douloureuses, elles seraient efficacement combattues par les opiacés administrés à petites doses, sous forme de lavements ou de potions. Contre l'élément douleur, les professeurs Germain Sée et Litten se sont très bien trouvés de l'emploi du chanvre indien donné en potion ou en extrait à la dose de 0,10 centigrammes à 0 gr. 30 centigrammes dans les 24 heures ou en teinture, à la dose de 2 à 6 grammes dans les 24 heures.

Le même auteur recommande aussi beaucoup les préparations de séné qui alterneront de temps en temps avec les autres laxatifs doux, tels que l'huile de ricin. Voici la formule qu'il conseille de préférence.

Extrait hydralcoolique d'Hydrastis Canadensis	2 à 3 gr.
Follicules de Séné lavés à l'alcool...	6 gr.

F. S. A. 30 pilules. — A prendre une pilule à la fin de chacun des trois repas.

L'hydrastis canadensis agissant, pour ce thérapeute, en combattant la dilatation des vaisseaux de l'intestin. Le séné donné sous la forme de follicules lavés à l'alcool a, on le sait, l'avantage d'amener des selles sans provoquer de coliques, il n'exagérerait pas non plus la production des glaires.

La belladone, en suppositoires, produit également d'excellents effets, même dans les cas intenses et de longue durée. Contre l'infection intestinale, il faudra s'attacher à faire l'antisepsie de l'intestin aussi complètement que possible.

---

clients ne peuvent manquer d'accourir chez un jeune médecin tout farci de science neuve, et tout frais émoulu de l'Ecole...

C'est ici que je vous attends.

Vous avez fait une visite aux confrères et quelques-uns vous l'ont rendue. Vous vous êtes fait inscrire comme membre du Syndicat de la région. Vous faites aussi partie de l'*Association amicale* des médecins français pour l'indemnité maladie fondée par le « Concours médical ». Vous êtes prévoyant, et vous vous assurez à la *Caisse des retraites du corps médical français*, fondée par le même organe, qui a fondé bien d'autres bonnes œuvres, comme vous l'apprendrez bientôt ; puis, dès le premier jour vous voyez des malades, bien décidé à ne point en prendre à vos confrères et à vous conformer à toutes les règles de la déontologie médicale.,.

Je ne vous ferai point le tableau des médecins sans clientèle ou obligés de vivoter, de se déplacer, d'épuiser leur maigre patrimoine, de changer de profession, ou d'user de leur titre en opérations louches, en compromissions malhonnêtes, en marchés honteux... Les misérables dans la carrière sont majorité, vous l'avez déjà entendu dire....

Je vous fais la part belle, et je vous place dans le tiers des heureux, c'est-à-dire parmi ceux qui vivent bien de leur profession, élèvent leur famille, et font, même, quelques économies. Vous me pardonnerez de ne point vous placer dans le premier mille des 15,000 médecins français, parmi les princes, non pas de la science, mais de la richesse. A titre (titre peu enviable !) de vieux confrère expérimenté, je me permets de rabattre de vos espérances... et plus tard vous me donnerez raison.

Donc, au bout d'un an, votre clientèle est en bonne voie, et bientôt elle sera fortement assise. Vous faites des affaires... Déjà vous êtes dans la nécessité d'abandonner les plaisirs, les anciennes relations, les congés, mais votre ardeur est grande, et vous vous félicitez de vos succès, basés sur votre savoir et aussi sur votre savoir-faire : les deux vont bien ensemble........

....

Quoi donc ? Vous vous plaignez ! Voilà seulement cinq ans que vous êtes sur la brèche pourtant. Vous avez payé vos dettes. Vous venez de faire un bon mariage : c'est rare, un riche mariage ! La famille commence, et vous parlez de surmenage ! Et cependant vous dépassez à peine la trentaine, heureux mortel ! — N'avez-vous pas embrassé une carrière libérale ? N'êtes-vous pas considéré de tous ? N'allez-vous point devenir riche si vous continuez de ce train ?.... Je vous vois inquiet de l'avenir ?.... Ah ! voilà ! c'est que vous commencez à comprendre que votre liberté est un mirage, que vous n'êtes pas maître de vos mouvements, qu'au lieu d'être indépendant, vous êtes l'esclave de chacun de vos clients, que vous avez des mil-

Les divers antiseptiques préconisés, tels que le Naphtol B, le salicylate de bismuth, l'orphol, l'acide salicylique, ne semblent pas avoir une action bien énergique, absorbés par la voie stomacale.

Les nombreux travaux modernes semblent démontrer que la voie rectale est vraiment plus favorable à l'emploi de l'antisepsie.

La technique de M. le Dr Mathieu est la suivante :

La malade étant couchée sur un plan horizontal, la hanche gauche un peu relevée, on introduit profondément dans le rectum une sonde œsophagienne de Debove, mise en communication avec un bock à injection, par un tube de caoutchouc long d'1 mètre. Le bock ne sera élevé que de 20 à 30 centimètres au-dessus du plan du lit, de façon à ce que le liquide n'ait qu'une faible pression.

Il faut environ 2 litres de liquide pour remplir le gros intestin. Encore ne doit-on pas procéder brusquement, tout d'un coup, mais successivement, en commençant par un demi-litre d'eau bouillie, à la température de 40° ; après avoir laissé échapper cette eau, on essaiera, dans une 2e séance, d'injecter 1 litre, puis 1 litre 1/2, etc. L'eau doit être portée seulement à la température de 40° ; car, comme elle n'aura guère que 38 degrés en arrivant dans l'intestin, cette application sera calmante.

Il faudra bien veiller à ce que l'eau ne dépasse pas cette température, car autrement l'irrigation serait plus nuisible qu'utile.

On a préconisé de faire ces grandes irrigations rectales avec le borate de soude en solution à 3 pour 1,000, avec l'acide salicylique à 2 pour 1,000, avec, dans ces temps derniers, le permanganate de potasse à 1 pour 5,000. M. Letcheff a pu, avec le Dr H. Morau, voir les heureux résultats obtenus avec les grandes irrigations des solutions *chaudes* de nitrate d'argent à 1 pour 2,000 et même à 1 pour 1,000. Il insiste d'une façon toute particulière sur la température des injections antiseptiques. C'est qu'en effet, tel antiseptique usité verra sa puissance microbicide décuplée si sa température est élevée.

Dans l'immense majorité des cas, alors que la colite chez les utérines n'a pas encore déterminé de complications, les grands lavages suffiront presque toujours. Il n'en sera plus de même lorsque la colite aura passé à l'état chronique, en particulier, lorsque l'infection utérine sera guérie, ou lorsque, par son intensité même, la colite donnera lieu à des accidents. Dans ces cas, il faudra recourir aux traitements généraux, et tout en ne négligeant pas l'infection locale, faire surtout une médication symptomatique.

Recherche de l'albumine dans l'urine.

Le Dr *Armand*, de Marseille, publie un nouveau procédé de recherche de l'albumine dans l'urine qui dérive de la méthode de Lécorché et Talamon. Ce procédé peut être fort utile, principalement pour la recherche des petites quantités d'albumine. Il est basé sur l'emploi combiné de la chaleur, de l'acide acétique et du sulfate de soude. Voici quelle est la technique du procédé au sulfate de soude.

Dans un verre à pied contenant 20 à 30 centimètres cubes de l'urine à examiner, on verse un excès de sulfate de soude cristallisé. Avec un agitateur en verre, on mélange le sel à l'urine pendant un temps suffisant pour *saturer l'urine de sulfate de soude*. On ajoute ensuite quelques gouttes d'acide acétique de manière à obtenir une réaction fortement acide. Un excès d'a.

---

liers de maîtres !... Eh ! mon Dieu ! oui, pour satisfaire ces tyrans il faut être aimable, toujours aimable, ou faire semblant de l'être, ce qui est pis... Il faut contenter tout le monde... et son père. Il faut avoir le souci de plaire autant que celui de bien soigner son malade. Il faut soigner l'entourage, autant que le malade lui-même : l'entourage c'est l'ennemi. Il faut faire tous vos efforts pour séduire, par vos bonnes grâces, les concierges, les valets de chambre, les pauvres, les riches, les mauvais clients comme les bons, car une maladresse, un mot intempestif, un mouvement de dépit ou d'ennui, un air pressé, et vous voilà — non pas perdu, car vous êtes bien calé, Dieu merci ! — mais quitté par les uns, attaqué par les autres, miné sourdement, et traité sans ménagement par vos admirateurs de la veille.....

Des confrères nouveaux arrivent : ils arrivent deux ou trois, pour en remplacer un qui part ou qui meurt. Dans la crainte de perdre un client, vous n'osez plus bouger : vous êtes à l'attache. Il ne vous est même plus permis de remplir les simples devoirs sociaux auxquels tout le monde est astreint. Cent fois déjà, en revenant d'un enterrement, d'un mariage, d'un bal, d'un banquet, du théâtre, d'une promenade dont vous aviez besoin pour changer d'atmosphère ou promener votre femme, vous vous êtes entendu dire en rentrant : « Monsieur, on est venu de chez un tel, mais comme vous n'*étiez pas là* et qu'*on ne pouvait attendre*, on a été en chercher *un autre*. » Vous vous êtes fait remplacer, pour aller voir votre père malade, pour être juré ou pour n'importe quoi, et vos clients, même ceux sur lesquels vous comptiez le plus, ne veulent pas de votre remplaçant et ne vous reviennent pas toujours.... Et c'est ainsi : un employé a sa journée finie, après quelques heures de bureau ; les administrations ferment ou chôment tel ou tel jour, à telle ou telle heure ; vous, vous ne pouvez jamais chômer ; votre journée n'est pas de 8 heures, elle est de 24 heures. Toujours il faut être là ! Ne soyez pas malade, « un médecin ne doit jamais être malade, ni fatigué », on se moquerait agréablement de vous et on irait chez « un autre ». Et il faut vous déranger, immédiatement surtout ! Ni repos, ni merci ! On réveille le rond de cuir quand il dort *le jour*, au moment de son travail ; on réveille le médecin *la nuit*, au moment de son repos : il n'y a que cette différence.....

.... Mais vous voilà nommé médecin du Bureau de bienfaisance. Plusieurs Sociétés de Secours mutuels ont eu recours à vous, et vous avez accepté de les servir. Vous devenez médecin de tout. On vous exploite. Les honneurs sans profit vous accablent. On vous charge de services d'hygiène, de salubrité. Vous faites partie de commissions extra-municipales, car vous n'êtes pas et ne voulez pas être conseiller, ce en quoi vous avez peut-être tort. Vous vous appar-

cide n'offre pas d'inconvénients pour la réaction. Après avoir mélangé le tout un instant avec l'agitateur, on jette sur un filtre et on recueille le liquide filtré dans un tube ordinaire.

Une fois le tube rempli aux trois quarts environ, on chauffe, à la lampe à alcool, le tiers supérieur du liquide jusqu'à l'ébullition. La lampe à alcool est préférable au bec de gaz, ce dernier donnant une température trop élevée. Dans ce cas, l'ébullition se produit trop rapidement, une partie du liquide peut être projetée au dehors et, de plus, l'élévation de la température n'est pas uniforme dans la partie chauffée, de sorte que la précipitation de l'albumine ne se fait qu'incomplètement et la réaction est bien moins nette.

Lorsque l'albumine existe dans l'urine en proportion notable, le précipité apparaît au moment où la température atteint les environs de 60° et s'accentue de plus en plus jusqu'à l'ébullition. Il est tout à fait semblable au précipité obtenu par la chaleur seule et n'offre rien de spécial à signaler avec le sulfate de soude, en dehors de sa valeur absolue et rigoureuse comme critérium de l'albuminurie.

Mais s'il s'agit de faibles quantités d'albumine, il est bon de prolonger l'ébullition un instant et d'user de certains artifices pour apprécier les modifications de transparence de la partie chauffée du liquide, la moitié inférieure non chauffée servant de point de comparaison. Le louche albumineux apparaît quelquefois plus net au bout d'un instant, au moment où le tube commence à se refroidir.

Pour mieux apprécier le trouble de la partie chauffée, il faut éclairer fortement le tube et le regarder sur un fond noir. En disposant le tube à essai sur le trajet des rayons solaires, avec un écran noir derrière lui, on distingue admirablement, par contraste avec la partie inférieure de l'urine restée transparente, le moindre louche albumineux que la chaleur aura fait apparaître dans la moitié supérieure.

Une coloration franchement jaune, ambrée, de l'urine rend plus nette la réaction, qui est, au contraire, plus difficile à saisir, dans les cas douteux, lorsque l'urine est incolore.

Ce procédé est extrêmement sensible, puisqu'il permet de déceler jusqu'à 0,02 centigr. d'albumine par litre. Il est de plus absolument sûr et ne peut permettre de confusion avec les urates et les phosphates.

MÉDECINE PRATIQUE

Les tuberculoses de la plèvre.

Maintes fois, déjà, on a agité la question de savoir si les pleurésies étaient toutes plus ou moins tuberculeuses ou si, au contraire, elles étaient dues à des microbes variés et indépendants. On se souvient encore des polémiques scientifiques passionnantes de Grancher, de Landouzy, de Chauffard, en faveur de la première opinion. Les pleurésies purulentes et les pleurésies séro-fibrineuses aiguës n'ont cessé d'être considérées, par ces cliniciens, comme étant de nature tuberculeuse. D'autres, non moins éminents, ont soutenu et soutiennent encore que toute pleurésie franche aiguë, guérissant spontanément et sans reliquats appréciables, n'est pas tuberculeuse.

Tous deux invoquent, à l'appui de leur manière de voir, des arguments tirés de la bactériologie.

Chercher à montrer que ces contradictions

---

tenez de moins en moins. Vous en avez assez, et voilà seulement douze ans que vous exercez !...

Vous vous aigrissez, il me semble.... Votre humeur change.... Vous devenez morose.... C'est que votre labeur ne donne pas les résultats qu'il mérite. La rémunération est au-dessous du travail fourni. Et il vous faut continuer, car vous êtes dans l'engrenage... Tout se tient... Vous êtes accaparé... Alors la satiété du métier, la lassitude, l'écœurement, le découragement commencent à vous venir. Vous ne jouissez d'aucun plaisir, votre besogne vous serait moins à charge si vous aviez des loisirs, mais vous vous occupez à peine de votre famille ! Vous êtes tout aux autres, aux étrangers, aux clients.... Toujours des cas urgents, des alertes.... C'est de suite.... Vite ! Vite !.... Et vous laissez vos amis à table pour courir après les malades.

Mais aussi comme vous êtes populaire ! Vous êtes tutoyé, appelé *petit père*, *mon vieux*, et traité d'égal à égal par l'épicier ou le cantonnier que vous soignez comme sociétaire, et vous n'osez leur dire que vous n'avez pas gardé.... Avant d'être médecin de sociétés vous étiez dépendant volontaire — quoique forcé — de vos clients payants, maintenant, avec ces sociétés, vous êtes *domestique*. Tout médecin de Société, de Bureau de bienfaisance ou d'une Compagnie ne s'appartient plus. Il n'est même pas libre chez lui ; c'est l'asservissement complet. Et malgré toute votre bonne volonté, bientôt vous entendrez tout le monde se plaindre que vous ne les guérissez pas, que vous ne pouvez redressez ce bossu ou refaire un bon estomac à cet ivrogne. Vous entendrez même dire que vous êtes chargé, par une compagnie, de tuer les malades parce qu'*ils coûtent*. Et personne ne vous saura gré de votre peine, des services rendus, ni ne rendra hommage à votre droiture et à votre honnêteté, encore moins à votre désintéressement....

Que dites-vous maintenant de votre profession libérale ? Vous déchantez trop tard ! N'est-ce pas que c'est une vie agréable de courir, pressé et poussé par une besogne qui demanderait le double de temps pour être bien faite ? N'est-ce pas que bien souvent, si vous saviez le matin ce que la journée (y compris la nuit) vous réserve de peines, d'imprévu, de soucis, de surprises désagréables et de déboires, le courage vous manquerait pour la commencer, que vous reculeriez sûrement devant cette tâche et demanderiez une place de garde-barrière, qui vous procurerait seulement le pain quotidien ?

Ce tableau n'est pas exagéré, et pourtant ce n'est pas tout...... Vous vieillissez. Votre famille s'élève et vous espérez arriver à bien établir vos enfants ; mais nous voilà bientôt à l'an 1900.

Savez-vous ce que sera la profession médicale à cette époque ? Je vais vous le dire.

Le nombre des étudiants étant de plus en plus considérable, le nombre des médecins de 1900

résultant de faits également bien constatés, ne sont qu'apparentes, telle est la lourde tâche que s'est imposée le Dr A. *Péron*, ancien interne des hôpitaux de Paris, dans sa thèse de Doctorat, dont nous allons esayer de donner le résumé pratique.

I

TUBERCULOSE DE LA PLÈVRE : SIÈGE DES LÉSIONS ANATOMIQUES.

Si on se base uniquement sur l'existence de formations tuberculeuses, constatées à l'œil nu, pour admettre la tuberculose pleurale, regardant comme non spécifiques toutes les lésions inflammatoires qui ne contiennent pas de tubercules, on risque de commettre une série d'erreurs d'interprétation. Il existe une lésion *inflammatoire* bacillaire, caractérisée simplement par des exsudats, sans évolution tuberculeuse macroscopique. Elle n'avait pas échappé aux anciens anatomo-pathologistes, privés de microscope, comme Cruveilhier, Empis.

Quand il existe des formations tuberculeuses visibles à l'œil nu, il semble que la question soit tranchée. C'est vrai dans la très grande majorité des cas. Il arrive toutefois qu'en faisant l'étude histologique de ces granulations généralisées, à la surface d'une plèvre, on est tout étonné de voir que certains soi-disant tubercules, à l'examen microscopique, sont formés de granulations fibro-vasculaires, sans cellules géantes, sans bacilles, et qui n'ont de tuberculeuses que l'apparence microscopique.

En somme, l'examen macroscropique ne suffit pas, il prête à l'erreur ; l'étude histo-bactériologique est indispensable pour être fixé.

2° *Quantité de fibrine exsudée.* — La quantité de fibrine exsudée nous a toujours paru relativement considérable, dans les tuberculoses de la plèvre, qui donnent lieu au syndrome clinique de la pleurésie séro-fibrineuse franche aiguë. De gros flocons fibrineux recouvrent la surface du poumon, descendent dans les sillons, s'accrochent aux anfractuosités. Lorsqu'il s'agit, au contraire, des formes sévères d'infection tuberculeuse, l'exsudat est mince, la fibrine en petite quantité. Ces faits anatomiques viennent à l'appui de la proposition de Méhu, peut-être discutable dans sa généralisation, mais vraie en grande partie : la gravité du pronostic des pleurésies dans lesquelles le liquide contient peu de fibrine.

Dans l'exsudat pleurétique, on distingue deux couches ; la pseudo-membrane et la néo-membrane. Les bacilles de Koch sont d'une rareté qui contraste avec l'intensité de la réaction organique qu'ils provoquent. On en trouve quelques-uns dans les cellules géantes de la néo-membrane ; plus nombreux sont ces bacilles, dans le tissu caséeux de cette même néo-membrane.

Les bacilles sont souvent irrégulièrement colorés ; parfois ils se présentent sous la forme de points ronds ayant gardé la fuchsine. Dans la partie de la néo-membrane qui forme le tissu de transition, le nombre des bacilles augmente un peu ; ils sont dans l'intérieur des cellules à gros noyau et à protoplasma abondant. L'ensemble de la cellule est souvent, alors, assez mal coloré.

Si l'on veut trouver des bacilles bien colorés, en nombre un peu plus élevé, c'est dans la pseudo-membrane qu'il faut les chercher et, là encore, cette recherche est bien faite pour lasser la patience de l'observateur.

On s'adressera de préférence à ces amas leucocytiques que nous avons signalés ; il sera pos-

---

sera le double de 1890. Il y en aura à tous les coins de rue, guettant le client, et lui promettant consultations à toute heure, gratuites souvent, visites immédiates, téléphoniques, le jour et la nuit. Le racolage par les concierges ou par des agents spéciaux et soldés, sera à l'ordre du jour.

La clientèle sera à qui soignera au plus bas prix. Les tarifs, jusqu'ici raisonnables, tomberont à des prix dérisoires, devant le nombre de médecins et la concurrence. Des cliniques seront ouvertes partout. Les pharmaciens et la presse donneront, de plus en plus, des consultations gratuites. Les chevaliers d'industrie et rebouteurs foisonneront, les Sociétés de secours mutuels, dont le nombre croît sans cesse, engloberont tous les ouvriers, tous les commerçants, tous les bourgeois qui savent que c'est le meilleur moyen de faire marcher le médecin, comme un domestique, puisqu'il a accepté de soigner et qu'on le paye pour cela ! La course aux Sociétés sera vertigineuse ; ces Sociétés seront au moins offrant et dernier baisseur. Les confrères ambitieux et à l'aise, et ceux que la politique attire, ne réclameront point leurs honoraires. Les médecins consultants, obligés de baisser leurs honoraires, ne pourront même plus dichotomiser ! Les opérations chirurgicales seront faites, à tous, dans les cliniques et les hôpitaux. D'ailleurs, les clients s'habitueront à prendre un médecin consultant, sans consulter le médecin ordinaire, qui sera ainsi contrôlé *en catimini*. A la fin de l'année les quelques bons clients, qui resteront, vous demanderont une réduction sérieuse sur leur note peu élevée, si vous voulez conserver leur clientèle l'année suivante. On vous posera partout des conditions. Il n'y aura plus de médecins qu'on va chercher, mais des médecins qui vont chercher des malades. Ceux qui seront mis à la porte rentreront par la fenêtre. Ah ! les malades seront soignés ! ils verront plusieurs médecins par jour ! ...... La férocité des appétits, des égoïsmes, aura le dernier mot. La lutte sera acharnée, terrible, sans pitié, car il faut vivre. Votre position bien assurée sera ébranlée par des assauts multiples... Les droits acquis, les efforts répétés, toute une vie de labeur, de régularité, d'honnêteté, seront à la merci de confrères moins scrupuleux que vous, qui chercheront à vous arracher ce que vous devez à une longue suite de travaux soutenus ! Et cela coïncidera avec une diminution réelle des malades et la cherté de la vie.—Et il faudra lutter pour conserver vos Sociétés, votre Bureau de bienfaisance, lutter pour garder ce qui vous a donné et vous donne encore tant de mal. On vous accusera de cumuler....« Voilà assez longtemps qu'il a cela !... A notre tour ! » Et les manœuvres déloyales auront raison de vous. La jalousie, l'envie, les pharmaciens aidant, la curée commencera..... Et les Sociétés vous trouveront en effet trop vieux jeu, démodé, et vous lâcheront : vous don-

sible d'apercevoir, dans l'un d'eux, un groupe de bacilles : leur nombre est variable et oscille de deux à sept; ils nous ont toujours paru siéger, de préférence, dans les leucocytes à gros noyau, à protoplasma abondant, auxquels on donne le nom de macrophages ; le leucocyte ainsi infecté peut présenter des vacuoles ; le plus habituellement, son noyau est franchement coloré. Ces macrophages, chargés de bacilles, sont généralement entourés d'un assez grand nombre de leucocytes analogues, dans lesquels on ne distingue pas de parasites.

Les parties les plus profondes de la pseudo-membrane contiennent seules les macrophages infectés ; dans les couches les plus superficielles, on n'en trouve pas. Les microbes nous ont toujours paru siéger dans les leucocytes ; nous n'en avons pas rencontré qui ne fussent englobés. La fibrine n'en montre jamais.

Le Dr Péron signale, de plus, la présence, dans la néo-membrane, d'une plèvre qu'il a examinée, d'une sorte de kyste dont le contenu granuleux présentait, à un faible grossissement, une coloration rose inaccoutumée. Ce produit caséeux était logé dans une sorte de coque fibroïde, formée d'une série de lames concentriques, entre lesquelles on apercevait des leucocytes groupés dans les intervalles formés par les lames.

A l'examen à l'immersion, le tissu caséeux contenait un nombre considérable de bacilles de Koch ; on aurait cru examiner un grain de culture mal étalé ; beaucoup de ces bacilles étaient petits, granuleux, irrégulièrement colorés. Ils étaient logés au milieu de débris nucléaires. Dans les leucocytes infiltrés entre les lames formant la coque de ce kyste tuberculeux microscopique, on retrouvait des bacilles assez nombreux. Dès qu'on retombait dans le tissu fibreux qui servait de soutien au kyste, les bacilles avaient disparu.

La plèvre pariétale présente des lésions analogues.

M. Péron signale la présence d'amas tuberculeux, assez fréquents, dans le tissu cellulaire des espaces intercostaux ; enfin, il a trouvé, parfois, des lésions assez étendues du tissu pulmonaire sous-jacent.

Au voisinage de ces lésions, les alvéoles peuvent rester sains ; mais le plus habituellement, quand les lymphangites sont accusées, leurs parois deviennent le siège d'une infiltration interstitielle ; elles sont épaissies, la cavité est réduite ; les capillaires sont étouffés ; un tissu conjonctif, formé d'éléments allongés, a remplacé la charpente élastique de l'alvéole. Il s'agit là d'une véritable péripneumonie interstitielle, d'origine sans doute lymphatique ; nous la retrouverons à propos de nos essais de pathologie expérimentale.

Ces lésions de sclérose ne renferment pas de bacilles. Elles ne sont pas spéciales d'ailleurs à la pleurésie tuberculeuse ; nous les avons retrouvées sur des coupes de poumons comprimés par des épanchements chroniques, chez des cardiaques et des brightiques. Elles s'accompagnent de lésions diffuses des cloisons conjonctives interlobulaires et interlobaires, formant des péribronchites, des périartérites, des périphlébites.

C'est là, l'ébauche des pneumonies pleurogènes décrites par le Pr Brouardel ; il est rare qu'on ne les retrouve pas, si l'on examine un nombre assez considérable de coupes sur le même poumon. Leur distribution, irrégulière dans ces formes légères, nous a paru en rapport avec l'intensité des lésions pleurales, souvent irrégulières, elles aussi, dans leur disposition.

---

nez toujours la même chose ! Et les Bureaux de bienfaisance auront, non pas le choix du médecin, mais tous les médecins à leur service, à tour de rôle ou au prorata des honoraires, et seront mis au pillage. Vous serez dépouillé par une municipalité à laquelle vous n'aurez pas eu le don de plaire. Vous serez abandonné des chroniques, que vous n'aurez pu guérir, — des mécontents, que vous aurez faits, par défaut de complaisance coupable, — des clients qui trouveront, ailleurs, des soins moins coûteux que les vôtres, — de ceux à qui la reconnaissance pèse.... Tout nouveau, tout beau : Vous ne soulagez plus personne, tandis que votre nouveau confrère soulage, lui, ... et le Zouave Jacob aussi avec ses coups de pied quelque part.... — *On vous changera*. L'édifice que vous aviez construit avec tant de difficultés et de dévouement à tous, s'ébranlera au moment où vous vous apprêterez à recueillir le bénéfice de vos fatigues... Vous aurez rendu des services ; l'ingratitude et la sottise y répondront.

Et alors, vous ferez peut-être comme vos confrères, vous jetterez par-dessus bord déontologie, conscience, principes, morale, préjugés, délicatesse, et épuiserez ce qui vous restera de force à vivre de brigandage médical...

Vous vous consolerez en pensant que ceux qui sont entrés plus tard que vous dans la carrière, sont encore moins heureux, puisque vous étiez dans la bonne catégorie et que vous avez pu vivre à l'abri du besoin, et assurer le repos de vos vieux jours.........

Mais je vous juge mal. Vous ne serez pas un struggleur, mais un brave homme, et je suis persuadé que votre conduite sera toujours noble, digne, courageuse, et que vous préférerez une vie misérable à l'abaissement de votre caractère.

Pourtant, dites-moi si la médecine est un sacerdoce enviable ?

Dites-moi si elle donne l'indépendance et la richesse ?

Dites-moi si l'immense somme d'efforts et de travail qu'elle représente, donne des résultats satisfaisants, ou au moins la tranquillité et le bonheur ?

Mais je ne parviendrai point à vous convaincre, je le sens. La jeunesse est présomptueuse, et l'homme est ainsi fait qu'il ne veut point se fier à l'expérience d'autrui. Et puis, vous vous trouvez « de l'estomac ». Vous ne voulez voir que le médecin qui réussit ; tel ce fou qui se croit Président de la République... Vous voulez entrer dans l'arène, confiant dans vos forces, vos ressources et votre étoile... Allez ! Vous n'éviterez ni les regrets tardifs, ni l'abîme.... Regardez là-bas le nombreux troupeau des victimes, et suivez-le donc ! *Un ami de la jeunesse.*

Oui, confrères, réfléchissez aux périls que nous signale notre ami C..., avant de faire, de vos fils, des médecins. A. C.

Ganglions du hile. — Les ganglions du hile, si l'on s'en rapporte aux observations de Kelsch et Vaillard, où leur état est noté, et à certains faits isolés publiés, sont intéressés d'une façon variable dans l'évolution de la pleurésie franche aiguë tuberculeuse. Tantôt ils montrent des lésions tuberculeuses évidentes ; tantôt ils sont qualifiés normaux.

Certaines formes de pleurésies tuberculeuses sont plus particulièrement signalées, par M. Péron, comme formes de transition entre la pleurésie séro-fibrineuse franche et l'empyème tuberculeux ; ces formes ont une tendance hémorragique marquée. L'exsudat est mince, très vasculaire et fort abondamment pourvu de bacilles de Koch.

Dans l'empyème tuberculeux, voici quelles sont les lésions :

Plèvre viscérale. — La pseudo-membrane n'existe plus ; elle est remplacée par une couche de tissu ayant tous les caractères du tissu caséeux. L'épaisseur de cette couche est considérable ; elle est souvent, sur les préparations, détachée en bloc de la néo-membrane sous-jacente, ce qui tient sans doute à l'état cassant de la substance qui la forme. La partie de cette substance caséeuse qui répond à l'intérieur de la cavité pleurale est presque amorphe ; on y distingue toutefois des débris nucléaires. Progressivement et à mesure qu'on se rapproche de la néo-membrane, ces débris leucocytiques deviennent plus nets, et lorsqu'on regarde des points situés immédiatement contre la néo-membrane, on distingue des leucocytes extraordinairement tassés, dont l'ensemble cellulaire peut être délimité.

Aucune formation vasculaire ne se montre au milieu de cette couche uniquement formée de leucocytes en voie de destruction.

La néo-membrane sous-jacente est très riche en tissu fibreux ; celui-ci décrit de larges bandes qui englobent le tissu fondamental de la séreuse, et vont se perdre dans des lésions de sclérose pulmonaire sous-jacente. Cette réaction organique fibreuse nous a paru beaucoup plus accusée que celle qu'on observe dans les pleurésies séro-fibrineuses.

Au milieu de cette couche fibreuse, on distingue des vaisseaux, quelques amas leucocytiques, de très rares cellules géantes, des particules de charbon. Les vaisseaux sont peu volumineux ; ils rayonnent, grêles, du poumon vers la couche caséeuse, mais ils s'arrêtent à une certaine distance de cette couche. Nulle part, on n'observe ces riches productions vasculaires qu'on retrouve si aisément dans les néo-membranes des pleurésies tuberculeuses séro-fibrineuses aiguës. Des amas leucocytiques, discrets dans les couches profondes de la néo-membrane, plus volumineux à mesure qu'on se rapproche de la substance caséeuse, habituellement périvasculaire, sont semés au milieu du tissu fibreux. Les cellules géantes y sont très rares ; c'est à peine si sur une coupe large de 1 centimètre 1/2 on en voit 2 ou 3 logées dans le tissu fibreux.

Les amas de tissu caséeux qu'on peut rencontrer dans la néo-membrane se continuent directement avec le tissu caséeux de la surface de l'exsudat, dont ils ne sont que le prolongement.

Le tissu fondamental est noyé, dans les scléroses pulmonaires sous-jacentes. Celle-ci sont en effet considérables.

L'ensemble des alvéoles est converti en un bloc de pneumonie chronique, interstitielle et intra-alvéolaire, au milieu duquel se détachent, entourés de larges manchons fibreux, les pédicules lobulaires et acineux, ainsi que les veines pulmonaires. Il n'est plus possible ici de faire le départ des lésions lymphangitiques. Au milieu de cette sclérose, on peut retrouver des tubercules nets, entourés de tissu fibreux.

La plèvre pariétale présente une couche mince de substance caséeuse, mais le tissu fibreux y prend un grand développement.

La plèvre viscérale ne réagit qu'en s'épaississant ; il y a une sorte de barrière fibreuse qui s'oppose à l'envahissement du poumon par l'infection, mais cette barrière n'a aucune propriété pour lutter directement contre l'élément spécifique ; elle fait en quelque sorte la part du feu. On ne conçoit donc pas la formation d'adhérences tant que persistera le tissu caséeux.

A la suite de nombreuses recherches sur des poumons atteints de granulie, M. Péron expose comment paraît devoir être interprétée l'évolution de toutes ces lésions pleurales tuberculeuses, qui viennent d'être décrites :

Dans une couche de fibrine très peu abondante, on trouve disséminés des leucocytes, parmi lesquels un grand nombre de cellules à poussières et quelques cellules présentant un nombre considérable de noyaux. Aucune évolution vasculaire n'apparaît ; les cellules multinucléées se montrent dans l'épaisseur même de la fibrine. Elles sont formées d'un nombre considérable de noyaux ronds, volumineux (15 à 20 par cellule) au milieu d'un protoplasma peu abondant et mal coloré. Dans le protoplasma de l'une d'elles se trouve un bacille tuberculeux. Cette figure doit être interprétée comme le type de l'évolution des cellules géantes dans les exsudats fibrineux. Mais l'étude des leucocytes montre d'autres particularités intéressantes.

Des leucocytes polynucléaires sont chargés de bacilles en nombre considérable ; il y en a souvent 8 à 10, dans le même leucocyte ; dans ces conditions, celui-ci présente des signes de mort, les bacilles se montrent dans une sorte de vacuole, au pourtour de laquelle on retrouve les débris irréguliers du noyau ; dans d'autres points le noyau a disparu et les bacilles en amas apparaissent comme fixés en quelque sorte dans la masse protoplasmique, qui a subi la dégénérescence vitreuse.

Au pourtour de ces leucocytes polynucléaires, on trouve de nombreux leucocytes à gros noyau et à protoplasma volumineux, qui commencent l'englobement des bacilles. Ces leucocytes paraissent bien vivants ; leur noyau prend bien la couleur, le nombre des bacilles qu'ils englobent est restreint, 1, 2, 3 au maximum.

Des cellules à poussières, très faciles à reconnaître, se trouvent logées au milieu de ces éléments, dont elles ne sont qu'une variété particulière ; elles participent à l'englobement ; on trouve, à côté de leur élément charbonneux, un petit nombre de bacilles inclus.

Ainsi se trouvent expliqués le mode d'infection de la plèvre par l'intermédiaire des leucocytes polynucléaires bacillisés et la réaction que provoque cet envahissement. Aucune formation tu-

berculeuse histologique, si ce n'est quelques cellules géantes n'apparaît à ce niveau. C'est, sans doute, plus tard, que se fait le travail de réparation représenté par le processus conjonctivo-vasculaire.

II

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Le Dr Péron, à la suite de ses recherches anatomo-histologiques, et de ses études expérimentales et anatomiques, relatives à des animaux rendus artificiellement pleurétiques, à l'aide de cultures pures de tuberculose humaine, a été amené à comprendre, de la façon suivante, l'évolution des infections pleurales dues au bacille de Koch.

L'apport bacillaire se fait de deux façons : par effraction (pneumothorax), par les leucocytes.

Les leucocytes s'infectent à des foyers antérieurs, déterminés eux-mêmes par une porte d'entrée quelconque (voie aérienne, sanguine, lymphatique). Dans les pleurésies tuberculeuses, où l'autopsie démontre l'absence d'autres foyers tuberculeux, on doit admettre une infection aérienne et un transfert de bacilles dans la cavité pleurale, par l'intermédiaire des leucocytes et spécialement des cellules à poussières. Ce transfert se fait sans laisser traces du passage dans les cavités alvéolaires.

Les bacilles tuberculeux, une fois leur pénétration effectuée dans la séreuse, y cultivent et deviennent la cause de réactions organiques diverses, qui tendent à les détruire ou à les rendre inoffensifs. La nature de ces réactions, qui constituent les différentes formes des pleurésies tuberculeuses, dépend essentiellement de deux facteurs : des bacilles eux-mêmes, de l'organisme infecté.

Les causes qui font varier l'infection sont la quantité des bacilles, leur virulence particulière.

Les causes qui modifient la résistance sont spéciales à chaque individu.

Les lésions histologiques élémentaires, provoquées par le bacille de Koch, sont des lésions inflammatoires identiques à celles que produit tout agent pathogène. Leur siège est la pseudo-membrane. C'est dans la pseudo-membrane que s'effectue la lutte entre les bacilles, d'une part, les éléments défensifs de l'organisme, d'autre part, leucocytes poly et monucléaires, sérums exsudés, et peut-être fibrine.

De l'issue de cette lutte dépend entièrement la forme de la pleurésie.

Dans la pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse, qui revêt l'allure clinique de la pleurésie dite franche aiguë, l'infection bacillaire est à son minimum ; l'ensemble des réactions organiques est considérable.

Au-dessous de la pseudo-membrane, apparaît de bonne heure une néo-genèse conjonctive identique à celle des tissus de cicatrice, et où vont s'inclure, pour y subir des transformations diverses, les débris de la lutte entre les leucocytes et les bacilles. — Les cellules géantes, qui sont des éléments de phagocytose particuliers, situés dans l'intérieur de la fibrine, loin de tout vaisseau, contribuent à faciliter cet enkystement.

Quand, et pour des raisons encore inconnues, la lutte s'éteint dans la pseudo-membrane, les sérums transsudés se résorbent et le tissu conjonctivo-vasculaire néo-formé réunit les deux feuillets de la séreuse par des adhérences cicatricielles. Lorsqu'on examine, plusieurs mois ou plusieurs années après la guérison de la pleurésie, ces adhérences qui renfermaient primitivement les évolutions tuberculeuses histologiques, celles-ci ont disparu ; il ne reste, entre les trousseaux fibreux des adhérences plus ou moins modifiés, que les grands centres caséeux primitivement inclus dans la néo-membrane.

A l'opposé de cette forme de tuberculose pleurale, où l'ensemble du processus tend à réparer pas à pas les lésions de la séreuse, se place l'empyème tuberculeux.

Résultant d'une infection grave, l'empyème tuberculeux n'est pas dû à la fonte des tubercules déposés à la surface de la séreuse. Il est essentiellement caractérisé par l'insuffisance des éléments organiques dans leur lutte contre le bacille de Koch. La pseudo-membrane n'existe plus ; un magma caséeux, formé de débris leucocytiques et de parasites, la remplace ; sans cesse la diapédèse s'effectue ; mais le nombre de leucocytes versés au lieu infecté, loin d'aider à la réparation, ne sert qu'à augmenter la quantité du pus.

L'ensemble des néo-formations qui, dans la variété précédente, constituait essentiellement le processus curateur, la néogenèse vasculaire, le tissu conjonctif de cicatrice, manque dans celle-ci ; tout se borne à une tentative d'enkystement en masse du foyer infecté, grâce à un épaississement considérable de la séreuse et du poumon sous-jacent. L'adhérence est impossible.

L'empyème tuberculeux, la pleurésie tuberculeuse séro-fibrineuse aiguë, ces deux types anatomo-pathologiques et cliniques si dissemblables à leur période d'état, ne sont donc que deux réactions organiques différentes à l'égard d'une même infection plus ou moins virulente. L'existence de pleurésies purulentes partielles (kystes caséeux intra pleuraux) dans les pleurésies séro-fibrineuses tuberculeuses ; la présence sur certains points d'un empyème tuberculeux de lésions ébauchées de la pleurésie séro-fibrineuse (adhérences), en seraient une nouvelle preuve, s'il en était besoin.

Entre l'infection tuberculeuse de la plèvre, qui revêt les allures cliniques de la pleurésie franche et l'empyème tuberculeux, se place toute une série d'injections pleurales bacillaires, qui leur servent d'intermédiaires.

Pleurésies séro-fibrineuses à grand épanchement ; pleurésies séro-fibrineuses devenant progressivement et spontanément séro-purulentes, puis purulentes ; pleurésies partielles ; lésions de guérison caractérisées par des épaississements simples de la séreuse, des adhérences à structure banale, des adhérences englobant des tubercules, des tubercules fibreux intra-pleuraux, toutes ces modalités de la réaction organique à l'égard du bacille de Koch, peuvent être reproduites chez le chien avec des cultures pures de tuberculose humaine, et sans intervention d'agents étrangers. C'est une simple question de doses et de virulence.

L'inoculation intra-pleurale est le procédé de choix ; elle provoque directement la lésion pleu-

rale. Les autres variétés d'infection tuberculeuse : aérienne, sanguine, péritonéale, intra-pulmonaire la réalisent parfois, mais accessoirement, par envahissement secondaire des voies lymphatiques.

L'histo-bactériologie des exsudats du chien les montre très analogues à ceux de l'homme ; toutefois les cellules géantes manquent, les lésions sous-séreuses, chez le chien comme chez l'homme, varient en étendue avec la gravité de l'infection pleurale.

III

NATURE DE LA PLEURÉSIE SÉRO-FIBRINEUSE.

L'étude bactériologique des exsudats purulents tuberculeux donne généralement, d'emblée, des résultats positifs, grâce à la nature même du produit inoculé. Mais celle des exsudats tuberculeux séro-fibrineux est encore pleine de difficultés.

« La pleurésie séro-fibrineuse primitive, dite franche aiguë, est certainement plus souvent encore de nature tuberculeuse que ne le font admettre les inoculations des exsudats liquides retirés par la ponction.

« Est-elle donc toujours de nature tuberculeuse ? Toujours est certainement le mot qui a fait le plus de tort à la question.

« Chacun de ceux qui se refusent à reconnaître, dans le plus grand nombre des cas, l'intervention du bacille de Koch se sert, à tort ou à raison, d'une observation personnelle pour rejeter en bloc la conclusion. Nous devons d'abord faire remarquer que les auteurs mêmes qui ont soutenu l'extrême fréquence des pleurésies tuberculeuses n'ont jamais dit toujours (Landouzy, Kelsch). Ils se sont bornés à affirmer cette extrême fréquence et à conseiller pour les pleurétiques guéris un traitement préventif approprié.

« Il importe ensuite de s'entendre sur les mots.

« *Pleurésie primitive* est une dénomination purement clinique. Cela veut simplement dire que le médecin ne trouve pas dans l'examen de son malade la cause possible de son épanchement. Cela ne veut pas dire que cette cause n'existe pas, mais elle peut rester plus ou moins latente *même après un examen attentif*, et cela pendant longtemps. Nous croyons qu'il peut en être ainsi pour des néoplasmes latents, pour quelques affections du cœur ou des vaisseaux, pour des néphrites latentes, qui donnent lieu, après l'âge mûr, à des pleurésies d'apparence primitive.

« Il en est sans doute de même pour certaines pleurésies souvent à répétition, en apparence primitives, en réalité consécutives à des lésions méconnues (kystes hydatiques par exemple du poumon, du foie ou de la rate).

« Les différentes formes de pleurésie primitives séro-fibrineuses : syphilitiques, streptococciques, post-pneumoniques, à bacille d'Eberth, rhumatismales isolées, nous paraissent devoir subir l'épreuve bactériologique avant d'être définitivement admises. »

« Après des tentatives infructueuses de centrifugation manuelle, il est certain que l'injection de grandes quantités de liquides séro-fibrineux, avant la coagulation, dans le péritoine du cobaye, est encore, à l'heure actuelle, le procédé le moins mauvais pour être fixé sur la nature d'un épanchement séro-fibrineux.

« La quantité maxima, la dose limite est de 10 centimètres cubes par 100 grammes d'animal. Au delà de ce chiffre, la mort survient rapidement par intoxication. Il y a intérêt à se rapprocher le plus possible de la dose toxique si l'on veut des résultats positifs. Plusieurs animaux seront inoculés avec le même liquide et dans les mêmes conditions, un résultat négatif avec un seul animal ne prouvant rien.

« S'il est certain qu'il y a des pleurésies primitives non tuberculeuses (actinomycose), nous pensons que dans l'immense majorité des cas les pleurésies franches aiguës cliniquement primitives et restant telles, sont de nature tuberculeuse.

« Les statistiques fournies jusqu'à ce jour d'après l'inoculation au cobaye sont encore audessous des faits.

« Aux expérimentateurs qui pourront s'étonner de voir des liquides séro-fibrineux, puisés au sein même d'une lésion tuberculeuse, ne pas être virulents pour le cobaye, nous dirons que la nature même de la pleurésie tuberculeuse séro-fibrineuse, réaction organique considérable, à tendance spontanément curative à l'égard d'une infection bacillaire minime, explique les variations de virulence du produit injecté. Celui-ci n'est en somme qu'un sérum organique modifié, contenant à l'état de dilution considérable quelques éléments pathogènes ; les propriétés de ce sérum, encore mal connues, viendront peut-être donner la clef des difficultés qu'on rencontre en cherchant à provoquer la tuberculose expérimentale. »

Aux cliniciens qui se refusent à reconnaître la nature tuberculeuse d'une affection spontanément curable, à évolution parfois rapide, à pronostic relativement bénin, nous ferons remarquer que la constatation même de l'exsudat séro-fibrineux est la preuve de la tendance spontanée à la guérison du processus tuberculeux local.

Envisagé en soi, en dehors des craintes immédiates que peut suggérer l'abondance de l'épanchement, celui-ci n'a donc rien qui doive inquiéter le médecin, l'organisme faisant, de lui-même, les frais de la cicatrice.

« La pleurésie séro-fibrineuse est une lésion guérie pour l'individu porteur ; la vraie phtisie de la plèvre, c'est l'empyème tuberculeux. Quant à la pleurésie tuberculeuse séro-fibrineuse primitive, envisagée en soi, elle n'entre dans l'évolution ultérieure de la phtisie pas beaucoup plus en cause que ces lésions ganglionnaires latentes du médiastin ou ces foyers tuberculeux enkystés des sommets qu'on rencontre si souvent à l'autopsie des adultes morts de mort violente.

« Et si nous ne craignions d'être accusés de paradoxe, nous dirions en terminant que la pleurésie séro fibrineuse est la preuve de la résistance naturelle de l'homme à l'égard de l'infection tuberculeuse, et que son exemple doit faire espérer une fois de plus que, dans la lutte contre la phtisie, l'homme aidé de la science aura enfin le dessus. »

Le pronostic dépend exclusivement des tuberculoses extra-pleurales, qui ont provoqué ou qui accompagnent la pleurésie tuberculeuse séro-fibrineuse. Si celle-ci, ce qui est fréquent, est primitive, si l'on admet théoriquement l'absence de réinfection, on conçoit que, sa pleurésie guérie,

le pleurétique ne devienne phthisique qu'à l'occasion de causes nouvelles et sans que son affection antérieure joue un rôle direct dans l'éclosion des accidents tuberculeux qu'il pourra présenter dans la suite.

IV

TRAITEMENT.

Quelle sera donc la conduite à tenir, en présence d'une pleurésie reconnue tuberculeuse par l'examen bactériologique et l'épreuve sur le cobaye ? La pleurésie purulente tuberculeuse sera évacuée largement par la ponction et les lavages au chlorure de zinc, puis les injections d'eucalyptol iodoformé et gaïacolé seront employées pour chercher à modifier la paroi tuberleuse. Le traitement interne devra également être énergique et méthodique: phosphate de chaux, arsenic, gaïacol et iodoforme.

La pleurésie séro-fibrineuse sera seulement évacuée par la ponction et non suivie de lavages. Le traitement interne par l'iodoforme, le gaïacol, l'eucalyptol et le phosphate de chaux sera d'une grande utilité pendant la période de convalescence. Mais il n'y aura pas lieu de continuer indéfiniment ce traitement, à moins que l'examen des poumons n'y ait fait constater quelque lésion. Les pleurétiques seront seulement des personnes à surveiller pendant l'hiver au point de vue de l'hygiène respiratoire et alimentaire, ainsi qu'au point de vue de l'état local pulmonaire. Dr Paul Huguenin.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Association amicale pour la maladie.

Le *Petit Bulletin* de la *Médecine moderne* du 6 mai, toujours fort intéressant et très goûté, signale les services que l'Association amicale pour l'indemnité maladie est appelée à rendre aux médecins prévoyants de la province.

Nos lecteurs nous sauront gré de le reproduire en entier.

« Quand on écrit dans un journal, on ne sait guère où porteront les coups que l'on s'efforce de frapper d'une main plus ou moins habile. Souvent tel article qu'on jugeait de premier intérêt n'atteint pas le but visé ; la question, que l'on estimait primordiale, ne rencontre que des indifférents. D'autres fois, au contraire, on traite d'un sujet simplement parce qu'il est d'actualité, mais sans faire grand fonds sur ce qu'il pourra rendre. Eh bien, c'est précisément celui-là qui a porté. Au bout de quelque temps, des lettres arrivent, toujours trop aimables d'ailleurs, témoignant que les nerfs des lecteurs ont vibré à l'unisson des vôtres. Il en est des journalistes comme des chiens de garde qui aboient la nuit dans la campagne. Dix fois ils réveilleront le gardien de la maison, parce qu'ils ont entendu, sur la route, le pas tranquille d'un passant inoffensif ; ou bien ils aboieront à la lune. Mais vient un soir où leur vacarme dénoncera la présence d'un malfaiteur et le service qu'ils rendent, cette fois, fait oublier tout le bruit qu'ils ont pu mener auparavant sans raison. Mes confrères de la presse voudront bien me pardonner cette petite comparaison, qui ne peut offenser personne, puisqu'on sait depuis longtemps, que ce qu'il y a de meilleur dans l'homme c'est le chien.

Donc, j'avais, au moment voulu, consacré un petit Bulletin à la Société Lagoguey, et j'annonçais qu'une Société mutuelle analogue à celle des médecins de la Seine existait, pour les confrères de province. Je n'y avais pas autrement insisté, pensant bien que tout le monde était plus ou moins au courant de la question. Or, voici la lettre que je viens de recevoir d'un praticien de province. Je la reproduis en supprimant ce qu'elle a de trop flatteur pour moi, parce qu'elle constitue une véritable observation clinique. Elle montre d'une part que la question de mutualité médicale fonctionne aussi bien dans les départements qu'à Paris, et prouve d'autre part, mieux que tous les discours du monde, l'utilité de nos Associations contre la maladie.

« J'ai lu, dit notre confrère, un de vos Bulletins consacré à l'éloge de la Société Lagoguey. Vous annonciez, en terminant, que vous parleriez dans un autre bulletin d'une œuvre semblable destinée aux médecins qui habitent la province. Je n'entreprendrai pas de vous renseigner sur cette œuvre de mutualité fondée sous les auspices du *Concours médical* et administrée par des médecins de province. Je vous dirai seulement que, entré à 32 ans dans cette Association, j'espérais bien de longtemps n'en avoir besoin. J'avais compté sur ma bonne santé habituelle, car depuis dix ans je n'ai eu à me soigner que d'une angine diphtérique contractée au début de ma carrière. La grippe, les fatigues de toutes sortes, les accidents de voiture et de cheval, j'avais tout bravé impunément. Si je m'étais associé, c'était simplement dans un but de solidarité.

« Eh bien, moins de 3 ans après mon affiliation, j'ai été atteint, cet hiver, d'une fièvre scarlatine qui m'a tenu éloigné de ma clientèle pendant 40 jours. Ce matin même, l'Association m'envoyait un pli chargé contenant 360 francs (40 jours à 10 francs, sauf les 4 premiers jours qui ne sont pas payés), c'est-à-dire presque de quoi rémunérer mon remplaçant. »

Et notre confrère termine par cette phrase : « L'utilité de notre Association peut-elle être mieux démontrée ? »

Certes, non. Voilà des preuves palpables suffisantes, je l'espère, pour vaincre toutes les hésitations. *Et nunc erudimini....* Et maintenant soyez édifiés, vous qui savez apprécier sainement les choses. — F. H.

BULLETIN DES SYNDICATS

Union syndicale des Médecins du Cantal.

Le 11 février 1896, MM. Bois, Fleys, Girou et Bert, membres du bureau du Syndicat médical de l'arrondissement d'Aurillac ; Hugon, Rouchès et Gabriel Peschaud, membres du bureau du Syndicat médical de Murat-Saint-Flour ; Peyrac Delpeut, Ribes, et Souquières, membres du bureau du Syndicat médical de l'arrondissement de Mauriac, se sont réunis à Aurillac.

En vertu des pouvoirs qu'ils avaient reçus de leurs Syndicats, dans les séances d'Aurillac (8 septembre 1895), Neussargues (8 octobre 1896),

Mauriac (4 novembre 1895), ils ont voté le règlement suivant :

ARTICLE I.

Les trois Syndicats médicaux, actuellement régulièrement organisés dans le département du Cantal, s'associent pour former une *Union Syndicale des Médecins du Cantal.*

ARTICLE II

Dans cette Union, les Syndicats médicaux d'arrondissement conservent leur autonomie.

ARTICLE III

Cette Union a pour but :
1° De resserrer les liens de bonne confraternité des médecins exerçant dans le département ;
2° De donner son avis et son appui à chaque syndicat local qui en fera la demande ;
3° De défendre les intérêts généraux des médecins du département.

ARTICLE IV

Font partie de l'Union tous les médecins régulièrement inscrits à un des syndicats unis.

ARTICLE V

L'Union est administrée par la réunion des bureaux des divers syndicats, sous la direction d'un comité composé d'un Président, de deux Vice-Présidents, d'un Secrétaire et d'un Trésorier. Le comité doit comprendre au moins un membre de chaque arrondissement.

ARTICLE VI

La comité provoque une réunion des membres des bureaux des Syndicats, ou une réunion générale de l'Union, chaque fois qu'il le juge nécessaire, soit que des questions nouvelles aient surgi, soit qu'un des Syndicats ait demandé une réunion dans un but déterminé.

ARTICLE VII

Les ressources de l'Union sont constituées par :
1° Les dons ;
2° Le produit des indemnités diverses qui peuvent lui être attribuées.
3° Une cotisation annuelle de 1 fr. par membre des divers syndicats, que les Trésoriers verseront entre les mains du Trésorier de l'Union.

ARTICLE VIII

La dissolution générale ne pourra être prononcée que par une assemblée générale réuni *ad hoc*, sur la demande d'un des Syndicats participants.

ARTICLE IX.

En cas de dissolution, les fonds restant en caisse seront répartis entre les divers Syndicats proportionnellement au nombre de leurs membres.

Ce règlement voté, le Comité directeur de l'Union a nommé son bureau pour l'année 1896.
Ont été nommés :
Président : M. le Dr Bois (d'Aurillac) ;
Vice-Présidents : M. le Dr Hugon (de Saint-Flour) ; M. le Dr Peyrac (de Mauriac) ;
Trésorier : M. le Dr Gabriel Peschaud (de Murat) ;
Secrétaire : M. le Dr Girou (d'Aurillac).

Le Secrétaire de l'Union,
Dr J. GIROU.

REPORTAGE MÉDICAL

Association de la presse médicale française.
SECRÉTARIAT GÉNÉRAL, 14, boul. St-Germain, Paris.
Réunion du 1er mai 1896.

Le 1er mai a eu lieu le trente-deuxième dîner de l'Association de la Presse médicale française, sous la présidence de M. le Pr Cornil. 25 personnes y assistaient.

M. le Dr SOREL (du Havre), représentant *La Normandie médicale* (de Rouen), et M. le Dr TOUVENAINT (de Paris), rédacteur en chef de la *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, ont été élus membres de l'Association. — Sont nommés rapporteurs des candidatures : Drs Déléage (*Revue internationale de Thérapeutique et de Pharmacologie*), De Lavarenne (*Presse médicale*), Lévy (*Revue de Polytechnique*), MM. Chervin, Bardet et Olivier.

Le président a reçu de Russie une lettre de remerciement du secrétaire du Comité central du Congrès international de Moscou (1897). — Le *Comité national français d'Initiative et de Propagande* a été définitivement constitué (voir la circulaire ci-jointe) ; il fonctionnera à partir du 15 mai prochain.

La Commission du Cinquantenaire de l'Anesthésie s'occupe activement de la préparation de cette manifestation scientifique et humanitaire.

Le Secrétaire général,
Marcel BAUDOUIN.

Comité national français d'Initiative et de Propagande du Congrès international de Médecine de Moscou (19 août 1896). A la réunion du 1er mai dernier de l'Association de la Presse médicale, il a été décidé ce qui suit :

I. — Par les soins de l'Association de la Presse médicale, un Comité est institué sous la dénomination de : *Comité national français d'Initiative et de Propagande du Congrès international de Médecine de Moscou en* 1897.

Ce Comité a pour mission de mettre tout en œuvre pour assurer la participation de la France au Congrès de Moscou.

II. — Sont nommés membres de ce Comité : 1° MM. les Doyens de toutes les Facultés de Médecine de France ; 2° M. le Président de l'Académie de Médecine ; 3° Tous les membres de l'Association de la Presse médicale, présents à la réunion du 1er mai, MM. Blondel, Bardet, Bérillon, Bilhaut, Butte, Cézilly, Chervin, Chevallereau, Cornil, Delefosse, De Ranse, Doléris, Fournier, Gilles de la Tourette, Gourichon, Gouguenheim, Gautier, Guelliot, Janicot, Leblond, Lutaud, Olivier, Natier, Valude, Baudouin (Marcel).

III. — Le Bureau du Comité, composé de M. le Pr Cornil, président, de MM. de Ranse et Cézilly, syndics, Marcel Baudouin, secrétaire, est chargé d'organiser la publicité nécessaire dans notre pays, de centraliser les cotisations, de s'entendre avec les Compagnies de chemins de fer et les Sociétés de voyages pour le transport des Congressistes, etc. (1).

IV. — Toutes les communications relatives aux travaux de ce Comité et toutes demandes de renseignements doivent être adressées à M. le Dr Marcel Baudouin, à l'Institut de Bibliographie scientifique, 14, boulevard Saint-Germain, Paris.

(1) Les médecins qui désirent voyager en Russie ont intérêt à apprendre à l'avance au moins les lettres de l'alphabet russe, pour pouvoir se servir des dictionnaires, se diriger dans les villes, lire le nom des rues, etc. : ce qui n'est pas aussi difficile que l'on se l'imagine. Au Secrétariat général de l'Association on trouvera d'ailleurs tous les renseignements désirables à ce sujet (méthodes de langues, grammaire, dictionnaires, etc.)

Le Secrétaire général,
Marcel BAUDOUIN.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 21 23 Mai 1896

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La question des honoraires en Prusse.

Nous avons dit un mot, l'autre jour (voir n° 17), du tarif d'honoraires établi, en Prusse, par le ministre de l'instruction publique, pour être appliqué par les tribunaux, en cas de contestation entre médecins et clients.

L'examen approfondi de ce document met en évidence les faits suivants. Les opérations de grande chirurgie, particulièrement celles qui se pratiquent sur les organes abdominaux et que l'asepsie a rendues si communes, ne devraient pas être taxées à ces chiffres élevés, qui les rendent inaccessibles à la petite bourgeoisie, et conduisent fatalement celle-ci à user de l'hôpital, qui ne lui est pas destiné.

Et, comme conséquence de cette appréciation, les tribunaux allemands sont invités à accorder seulement mille francs pour les plus graves interventions chirurgicales, à moins qu'un prix plus élevé n'ait été accepté par le client.

D'autre part, les petits soins, qui constituent le fond de la pratique médicale courante, sont rémunérés, d'après ce tableau, d'une façon notablement supérieure à ce qui est d'usage en France, et chez nos voisins aussi.

Il semble donc que le gouvernement prussien ait été choqué de la disproportion créée en matière d'honoraires, par la situation du médecin.

Cela n'a rien d'étonnant.

La même observation peut se faire en France.

Pourquoi les princes de la science arrivent-ils à ces brillantes situations de fortune, qui entretiennent la légende du médecin toujours considéré comme un richard ? — Parce que le jour où ils deviennent à *la mode et en réputation*, on leur verse, sans sourciller, les grosses sommes du tarif maximum. — Les tribunaux eux-mêmes acceptent ce principe.

Pourquoi, en même temps, le modeste praticien vit-il dans un état voisin de la gêne ? Parce que ses services sont comptés par tout le monde, y compris la Justice, bien au-dessous de leur valeur.

La plupart des Syndicats ont sacrifié aussi, à cette prétention de la grande chirurgie, de monopoliser les gros honoraires. Les médecins s'y sont accordé, sur le papier, des billets de mille pour des laparotomies qu'ils ne font jamais. En revanche, ils se ruinent en concessions sur la petite opération, sur le temps passé près du malade, sur la visite à heure fixe, sur la distance kilométrique, tandis que le ministre d'un gouvernement autoritaire estime, le premier, que tout cela doit entrer sérieusement en ligne de compte.

N'y a-t-il pas là un enseignement ?

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement du lupus.

Le lupus ou tuberculose cutanée, qui envahit fréquemment la face est une des affections de la peau les plus rebelles à toute thérapeutique. Les scarifications de la plaque de lupus ont souvent l'inconvénient de répandre, dans la circulation, des bacilles qui restaient localisés dans la peau. Les cautérisations ponctuées donnent de graves réactions et parfois aggravent le mal. Les topiques caustiques sont fort douloureux et entretiennent une congestion permanente de la plaque lupique. On sait ce qu'ont donné les inoculations de tuberculine de Koch. En présence de l'insuccès presque total des différents moyens préconisés jusqu'ici, de nombreuses recherches ont été poursuivies et beaucoup n'ont encore donné que de médiocres résultats. Nous citerons cependant les études de M. *Zérénine*, qui ont amené l'auteur à employer *la créosote* pure ou mélangée avec de la glycérine (1/3 ou 1 pour 10) ou de l'huile d'olive (1 pour 10) ; il badigeonne avec de la créosote ou il applique des bandes de tarlatane imbibées d'un des mélanges ci-dessus indiqués. La scarification précède l'application de la créosote dans les lupus maculeux ou érythémateux.

Dans les cas rebelles, on emploie les solutions au tiers ou à la créosote pure. M. Zérénine rapporte 3 cas de lupus (l'un de la face et du coude gauche, les deux autres du nez) qui cédèrent à l'application de la créosote. Ce mode de traitement a l'avantage de ne pas laisser de cicatrices déformantes.

Pourquoi n'emploierait-on pas aussi *l'huile gaïacolée*, qui a donné déjà de nombreux succès comme antituberculeux et comme anesthésique ? Le temps dira si notre idée est bonne et pratique.

Traitement des fractures par le massage et la mobilisation.

Nous nous empressons de publier une observation de M. le Dr *Céry*, de Bouzy (Marne), qui montre surabondamment l'excellence de la méthode de M. Lucas-Championnière pour le traitement des fractures :

A la fin de 1894, Madame Vve B.., de Tours-sur-Marne, âgée de soixante-dix-sept ans, se fait, en descendant du lit, une fracture du col chirurgical de l'humérus. Le sujet, il est vrai, est d'une constitution robuste et, malgré son grand âge, n'a jamais été malade ; néanmoins l'énorme épanchement intra-musculaire survenu, et qui donne au bras une teinte ecchymotique générale, surtout noirâtre à la face interne, nous fait songer à des désordres vasculaires considérables et redouter le sphacèle à un moment donné.

Nous enveloppons le membre dans de l'ouate, après l'avoir recouvert d'huile camphrée et nous soutenons l'avant-bras avec une simple écharpe.

Le lendemain, premier massage avec une main, la malade assise sur son lit. Les jours suivants nous la faisons asseoir sur une chaise, et après chaque massage, nous imprimons au bras des mouvements passifs très bien supportés.

La malade, très courageuse, veut quitter son écharpe et diriger elle-même ses mouvements : nous nous gardons bien de l'en empêcher.

Quinze jours environ après un tel traitement, il n'est plus possible de percevoir le craquement de la fracture, très facile à reproduire au début.

L'épanchement qui faisait notre cauchemar se résorbe tranquillement et passe au jaune de bon aloi.

Pas une journée de fièvre. Aucune perte d'appétit durant tout le traitement, après trente jours duquel la consolidation de la fracture est complète et la récupération d'une grande partie des mouvements évidente.

La levure de bière contre la furonculose.

M. le Dr *Gobert* cite, dans le *Journal des Sciences médicales de Lille*, un nouveau cas de succès de la levure de bière, employée comme traitement de la furonculose, suivant la méthode du Dr Debouzy.

Le traitement interne de la furonculose fut commencé par la levure de bière à l'état frais ; à ce moment, il y avait au moins vingt furoncles ; quelques-uns étaient peu volumineux et justifiaient une comparaison avec l'*acné* ; le plus grand nombre étaient au contraire volumineux et méritaient d'être qualifiés *anthracoïdes*. Ils étaient d'ailleurs environnés d'une éruption d'un rouge framboise, légèrement saillante, très sensibles au contact et absolument incompatibles avec tout travail professionnel.

Tandis que le traitement local était supprimé ou simplement réduit à des applications anodines, le malade fut astreint à prendre une cuillerée à café de levure de bière chaque matin et chaque soir, avant de commencer son repas.

FEUILLETON

Bassesse et lâcheté.

Les Spartiates exhibaient des ivrognes pour dégoûter de l'ivrognerie. C'est avec un espoir analogue que je vais conter certaines malpropretés, pour les flétrir et en détourner les déséquilibrés, heureusement rarissimes, qui seraient tentés de se faire l'écho de diatribes hargneuses ou de s'abandonner sans scrupule à la médisance, à la calomnie.

Car il s'agit encore de ce parti pris de dénigrement, que j'ai jadis dénoncé, et qui sévit si facilement dans les petits endroits. C'est un des écœurements de la province que cette guerre fratricide, que ces manœuvres soigneusement ourdies dans l'ombre, phrases acerbes, cinglantes et sanglantes, coups de langue irréparables, avec lesquels on cherche à nuire à un concurrent heureux, à un rival plus favorisé.

Ces perfidies sont, du reste, plus généralement nuisibles à celui qui les commet qu'à celui qu'on voudrait atteindre ; c'est un enjeu négatif qui devrait bien conseiller l'abstention. De tels procédés contribuent surtout à discréditer une profession honorable entre toutes, de même que c'est avec les passions politiques, avec l'animosité des oppositions, qu'on arrive à salir ou à amoindrir tout ce qui est glorieux et élevé en France.

Il y a des êtres venimeux et systématiquement méchants, qui, dans leur besoin de mordre et de nuire, ne reculent devant aucune injustice, devant aucune vilenie. En voici un triste exemple :

Un brave garçon prenait, il y a quelque temps, la succession d'un vieux confrère, dans une commune des environs de Paris, fournie déjà d'un médecin. Il ne tarda pas à s'apercevoir qu'il était l'objet de réserves désobligeantes, qu'on chuchotait sur son passage. On le prévint même que des bruits étranges couraient sur son compte. Enfin, on lui remit un mémoire de huit pages, où il était accusé des infamies les plus révoltantes : C'était un homme sans conscience, disait on, qui avait toujours mené une vie de débauche ; il avait fait mourir sa mère de chagrin par son inconduite et celle-ci l'avait déshérité. Ayant gaspillé son avoir, il en était réduit à vivre aux crochets d'une maîtresse, etc., etc.

Les ragots et les calomnies s'entassaient impitoyablement, avec une mauvaise foi manifeste. — Il était facile de supposer d'où le coup était parti ; mais la preuve certaine faisait défaut. Elle vient d'être spontanément fournie par un pauvre diable, qui, victime d'un accident, a été soigné avec beaucoup de dévouement par le

Dès le quatrième jour, *l'angioleucite périfuronculeuse avait cessé d'être aiguë*; aucun des furoncles n'avait augmenté de volume, il n'y avait aucune localisation nouvelle de la furonculose.

Douze jours après avoir commencé ce traitement, la furonculose était réellement et complètement guérie, au grand étonnement du malade, qui s'était résigné à sa maladie et demandait seulement à l'atténuer assez pour qu'il pût reprendre son travail.

Toutefois et pour consolider le résultat acquis, le même traitement fut appliqué durant trois semaines.

Ce traitement n'a rien de répugnant, le médicament a une saveur de bière ou peu s'en faut ; il semble déterminer, sinon une véritable diarrhée, du moins une action laxative. Il n'exige guère qu'un soin : le renouvellement de l'approvisionnement chaque semaine, afin d'éviter la putréfaction de la levure.

Dangers de la médication antipyrétique pratiquée avec les médicaments de la série aromatique.

Depuis que la chimie organique nous a dotés d'un nombre incommensurable de médicaments antipyrétiques, un abus extraordinaire de ces médicaments a été fait universellement. Il est temps d'enrayer et de mettre un frein à l'emballement thérapeutique, encouragé par les industriels et les marchands de médicaments.

C'est en effet, comme l'a dit M. Bardet à la Société de thérapeutique, une grave erreur thérapeutique que de vouloir combattre l'hyperthermie, au moins dans le plus grand nombre des cas. Il est bien certain que, pour les thérapeutistes au courant de la science, la question est jugée depuis longtemps ; mais malheureusement il n'en est pas de même dans le grand public médical, et encore aujourd'hui, une quantité trop considérable de praticiens croient devoir abaisser la température de leurs malades par l'emploi des aromatiques.

C'est là une pratique détestable, contre laquelle on ne saurait trop s'élever quand on en trouve l'occasion. Dès le début de la méthode, Dujardin-Beaumetz a pu poser en principe que l'abaissement de la température, par ces moyens toxiques, était toujours obtenu au détriment du malade.

M. Albert Robin a montré quelle était la véritable étiologie du processus fébrile et indiqué la voie à suivre. Malgré cela, on entend tous les jours préconiser de nouvelles drogues, qui auraient le pouvoir de faire baisser la température, sans causer en même temps les phénomènes toxiques attribués à l'antipyrine et à ses synergiques. Il faut s'élever surtout contre cette opinion qui laisserait supposer que les antipyrétiques sont seulement dangereux par une action toxique accessoire. C'est au contraire la méthode elle-même qui est dangereuse, et non pas seulement certains antipyrétiques; il sera toujours dangereux, pour l'organisme, d'employer des médicaments capables d'entraver les oxydations. Pour le prouver, il suffit de rappeler ce qui se passe dans le processus fièvre. L'élévation thermique, à l'encontre de ce qu'il semble au plus grand nombre, est le moins important des phénomènes dans la plupart des cas ; mais il en est tout autrement des phénomènes d'intoxication, dus aux leucomaïnes toxiniques qui encombrent les tissus : ce sont ces matériaux auxquels il faut joindre les matières extractives résultant de l'hydratation, c'est-à-dire d'une combustion incomplète, qui sont la véritable cause de l'état infectieux du sujet.

Or, la véritable indication thérapeutique est

---

docteur F..... Dans sa reconnaissance, il lui a avoué, avec beaucoup de repentir, qu'il avait reçu, jadis, vingt francs du docteur C..... pour copier dix mémoires semblables, lesquels avaient été ensuite mystérieusement adressés aux plus mauvaises langues de l'endroit.

Cette déclaration a été renouvelée devant le maire et quelques conseillers municipaux, et, dès lors, la population entière, revenue à de meilleurs sentiments, n'a pas tardé à conspuer le bandit qui avait lancé l'odieux pamphlet.

Certes, il ne l'a pas volé ; mais comme cela fait entrevoir de vilains coins d'âme ; on reste décontenancé, ahuri, devant tant de perfidie stupide et on se demande avec angoisse de quelle fange impure certaines consciences sont pétries. Quelle infirmité intellectuelle ! — Quelles ténèbres doivent envelopper de pareilles cerveaux !

Autre fait : un confrère strictement irréprochable de ma connaissance, qui, dans une de nos premières villes d'eaux, exerce sa profession avec une correction impeccable, mais qui a eu le tort impardonnable de réussir et d'acquérir, avec les années, un noyau important de correspondants dévoués, a reçu, au mois d'août dernier, un odieux pamphlet, qui rappelle l'anthologie stercoraire des naturalistes et ne peut avoir été écrit que par un agité inconscient, un rustre obtus, asinesque, dans quelqu'accès de délire alcoolique. Entre autres imputations calomnieuses, on lui reprochait de pratiquer la dichotomie ; c'était, lui disait-on, la seule explication de ses succès. — Or, cette prétendue accusation est complètement fausse et ne repose sur aucun fondement, pas plus que les autres grossièretés déposées dans l'épître et que je me garderai bien de reproduire. Le factum se terminait par cette phrase comminatoire, dont je vous prie de savourer l'élégance et la délicatesse : « Aussi je suis en train de te tailler *de rudes croupières*, dont quelques-unes t'ont déjà blessé, et ce n'est pas fini. Sois persuadé que tu as affaire à forte partie. » Signé : Acerbe.

Qu'en noble langage ces choses-là sont dites, et comme cela vous donne tout de suite une haute idée de l'être méphitique, évidemment disposé aux pires besognes, qui a pu se livrer à pareille débauche épistolaire.

Ah ! le gaillard n'est pas un méthodique peseur d'épithètes ; il ne cultive pas les retouches flatteuses et n'a pas le dégoût facile pour prendre une vésicule biliaire pour encrier !

Ainsi, voilà un bonhomme qui se croit autorisé à tailler de rudes croupières à l'un de ses collègues, à propos d'un fait qui n'a jamais existé et qu'il n'aurait qu'à ne pas imiter s'il le trouve répréhensible, dans le cas où il serait vrai.

Mon pauvre ami, qui a l'âme haute et n'a jamais été méchant pour personne (ah ! ce n'est

de favoriser l'élimination de ces matières toxiques. Comme elles sont peu solubles, il est nécessaire de les rendre éliminables par transformation, et pour cela nous n'avons, comme l'a démontré M. Albert Robin, qu'un seul moyen : favoriser les oxydations, qui brûleront les produits toxiques en les transformant ainsi en substance soluble non dangereuse. Les antipyrétiques aromatiques ont justement pour effet d'entraver les oxydations et par conséquent, d'arrêter un procédé de défense de l'organisme. En raison même de cette propriété, ces médicaments devront être toujours bannis de la thérapeutique rationnelle des affections fébriles.

Le processus thermique est donc bien, comme le rappelait M. Ferrand, un phénomène favorable que, dans 90 pour 100 des cas, on devra surveiller, mais non pas entraver. Mais il est bien évident que, si la température s'élève au point de mettre la vie du malade en danger, il deviendra nécessaire d'aviser ; il en sera de même quand la prolongation de la température pourra amener un état inquiétant de déchéance. C'est alors que, comme l'a montré M. Crésantignes, on utilisera avec avantage les bains froids ; ils soustraient du calorique, mais en même temps ils maintiennent les phénomènes d'oxydation si nécessaires à l'évolution normale de l'accès infectieux.

En résumé, la thérapeutique doit rejeter absolument les aromatiques comme médicaments antipyrétiques, non parce qu'ils sont toxiques, mais bien parce que le principe même de l'antipyrexie est vicieux. Ces médicaments doivent être exclusivement réservés comme analgésiques.

D'autre part, nous avons déjà formulé dans ce journal nettement notre opinion sur la valeur de la quinine et de ses sels comme antipyrétiques. Les sels de quinine sont toniques et antiseptiques, mais ils ne font baisser incontestablement la température que dans les fièvres paludéennes et dans certaines formes de la grippe.

Traitement de l'amygdalite.

D'après le professeur *Grasset*, voici comment il convient de traiter toute amygdalite aiguë.

Lait toutes les 2 heures jour et nuit, sauf sommeil.

Toutes les deux heures, prendre une cuillerée de :

Eau........................	120 gr.
Chlorate de potasse........	4 grammes.

Se gargariser souvent dans la journée avec une infusion chaude ou avec :

Naphtholate de soude.....	0,35 centigrammes.
Chlorhydrate de cocaïne..	0,10 centigrammes.
Sirop de groseille........	30 grammes.
Eau Q. S. pour un demi-litre.	

Badigeonner deux ou trois fois par jour la gorge avec :

Glycérine..............	30 centim. cubes.
Borax..................	4 grammes.

Si l'état local s'annonce grave, commencer par toucher avec une solution de nitrate d'argent au dixième, et faire des pulvérisations prolongées avec l'eau phéniquée ou une solution de phénosalyl à 1 p. 100.

Si la douleur est trop vive, spécialement à la déglutition, badigeonner 3 ou 4 fois par jour avec :

Glycérine..............	30 centim. cubes.
Chlorhydrate de cocaïne	0,50 centigrammes.

Commencer le traitement par l'ipéca, s'il n'a pas déjà été donné dans la phase préamygdalienne.

---

pas lui qui chercherait à se gausser du prochain), s'est laissé énerver outre mesure par cette surprise nauséabonde, trouvée dans son courrier. Il a pourtant lu les satires du sage Horace, qui conseille « de ne pas s'émouvoir des critiques et des traits méchants de Pautilius, la punaise, d'un vil Démétrius, d'un *lâche Fannius, lorsqu'on* possède l'estime des chevaliers et des esprits délicats ».— Au lieu de se contenter d'un haut-le-cœur de mépris, du frisson de révolte qu'on éprouve au contact d'un reptile, il a tenu à montrer cette élucubration à quelques-uns de ses intimes et à savoir ce que son censeur, à la patte lourde, avait pu machiner contre lui. — Il a alors appris qu'un autre médecin de la station, d'une honnêteté intransigeante, qui a eu également la chance d'acquérir rapidement une belle clientèle, avait reçu un an auparavant un poulet analogue, salé et poivré de la même poudre empoisonnée et où le tutoiement voyoucratique était aussi employé. Cette autre turpitude avait évidemment eu le même cloaque pour point de départ. On lui disait qu'il fallait qu'il eût bien tripoté, fait des choses bien malpropres pour arriver si vite à pareille situation ; on lui reprochait d'être venu prendre la place des autochtones, au lieu de rester où il était, et, détail ultra-comique, on lui faisait même un crime de l'allure élégante de sa maison et des toilettes de sa femme.

Ce dernier trait laisse nettement percer la rage féminine, accommodée à la vinaigrette, et venant s'ajouter à celle du mari déçu. Une concurrente mieux habillée, mieux logée qu'elle, c'est insoutenable, horripilant ; Haro sur la rivale, sur l'intrigante, sur la pestiférée !

Et le levain d'aversion qui est dans le cœur de tant de femmes pour celles qui sont au-dessus d'elles ne tarde pas à fermenter.

Il est facile de se figurer par la pensée comment ce joli couple, qui n'a cessé de grogner devant la treille savoureuse qu'il ne pouvait atteindre, en est arrivé à s'exalter, à se contaminer, par suggestion réciproque, dans l'énervement des journées orageuses de l'été, dans la veulerie déliquescente des interminables soirées d'hiver : L'ange acariâtre de ce foyer troublé ne cesse de mettre en ébullition son digne et harmonieux partenaire, par des comparaisons désavantageuses et des potins puérils.

Le poison est distillé goutte à goutte.

La plaie secrète est soigneusement entretenue. On est sans cesse à l'affût, pour surprendre les côtés faibles de l'adversaire, pour pouvoir tirer parti des plus insignifiantes apparences. Seulement, dans l'impossibilité où l'on est de pouvoir vociférer ouvertement, de claironner de piquantes révélations sur le compte d'Aristide, dit le Juste, qu'on voudrait tant frapper d'ostracisme on cherche, avec une joie de cannibale, à l'étran-

Isoler le malade, séparer surtout les enfants et *les abonnés de l'amygdalite*. — A ces derniers, M. Grasset prescrit en dehors des poussées aiguës :

Pulvériser matin et soir dans la gorge deux cuillerées de :

Chlorhydrate de cocaïne...	} ââ	0.50 centigr.
Acide phénique...........	}	
Glycérine................		200 grammes.
Eau Q. S. pour un de litre.		

Ou bien badigeonner les amygdales tous les jours avec :

Teinture d'iode...........	} ââ p. é.
Glycérine................	}

A l'intérieur, alterner mois par mois les sulfureux et les arsenicaux.

Pendant 20 jours prendre le matin à jeun un demi-verre d'eau sulfureuse, étendue de lait chaud ; se gargariser ensuite dans la matinée avec cette même eau sulfureuse.

10 jours de repos.

Prendre ensuite pendant 20 jours deux fois par jour, aux heures des repas, une cuillerée à soupe de :

Arséniate de soude........	0.10 centigr.
Eau distillée..............	300 grammes.

10 jours de repos et ainsi de suite, en alternant pendant de longs mois.

S'abstenir de tabac et d'alcool. Eviter les refroidissements et le contact des amygdalites aiguës.

Faire tous les étés une saison aux stations sulfureuses moyennes.

En cas de retour trop fréquent des poussées aiguës, avoir recours aux cautérisations électro-galvaniques ou à l'amygdalotomie, suivant le volume des amygdales.

CHIRURGIE PRATIQUE

La fracture de Dupuytren.

On a beaucoup écrit sur la fracture de Dupuytren, car, comme disait Maisonneuve, « l'origine de nos connaissances sur la fracture du « péroné se perd dans la nuit des temps ». Nous ne citerons pas tous ces travaux, mais nous essaierons, grâce à eux, de tracer un tableau surtout clinique de cette fracture si fréquente.

Le mécanisme de production est variable. Dans un premier type, un individu en marche fait un faux pas ; son pied se porte violemment en dehors, le péroné se fracture à 4 ou 5 centimètres au-dessus de la malléole externe. Dans un autre type, le pied étant fixé par un mécanisme quelconque, l'individu tombe en dedans, la même solution de continuité se produit au même niveau sur le péroné. Dans ce mouvement, le péroné n'est pas seul atteint, car la malléole interne est arrachée, en même temps qu'il se produit une diastase de l'articulation péronéo-tibiale inférieure ; quelquefois même, si la violence du traumatisme est suffisante, l'astragale se luxe en dehors, quelquefois en dehors et en arrière. Tel est le mécanisme de la fracture de Dupuytren ; quels en sont les signes ?

Parmi ceux-ci, il faut distinguer les symptômes immédiatement perçus et ceux qui ne surviennent qu'un peu plus tard. Le médecin appelé à constater un accident de ce genre, aussitôt après sa production, s'enquiert auprès du malade du mode de la chute. Ces commémoratifs sont souvent très utiles. A la vue, on cons-

---

gler en sourdine par des insinuations traîtresses, par des rumeurs louches, chuchotées béatement entre bons compères et charitables commères, — avec l'espoir qu'il en restera toujours quelque chose.

Voilà-t-il pas un beau triomphe, une mémorable victoire que de baver stupidement et sans courir aucun risque sur quelqu'un qui ne peut pas se rebiffer, ni riposter, et n'a d'autre ressource que de se draper dans sa fierté offensée.

S'acharner comme chat sur souris, chercher à humilier, à méduser son prochain, le larder avec acharnement, le transformer en cible consciente et vibrante, constituerait un acte même répréhensible et peu généreux, si, au lieu d'une personne méritante et intègre il ne s'agissait que d'un paria quelconque, d'un être manifestement déchu.

Il faudrait, du reste, que le drôle qui s'est ainsi érigé en justicier, eût les vertus austères de Brutus ou de Caton, avant d'en vouloir jouer le rôle, avant de se poser en contempteur irréductible des moindres faiblesses. Or, comme il fallait s'y attendre, car on est parvenu à le démasquer, en procédant par exclusion, c'est un raté et un nul, un être aigri, crapuleux, qui n'a jamais été défendu contre son abjection native par l'antisepsie réconfortante du travail, par les préoccupations intellectuelles propres à combattre les pensées perverses et les rêves morbides.

On m'en a conté bien d'autres sur ce triste sire, au cerveau obnubilé, aux méninges défaillantes, que l'ataxie doit guetter, et qui, dans son désir de rabaisser les autres à son infime échelle, voudrait tout niveler et émasculer autour de lui. Il serait facile de le tourner en risée, de lui mettre le nez dans son cas et de l'accabler, si on ne craignait pas de se salir, même en le touchant du bout de sa plume. — Il suffira, de lui rejeter sa brutalité à la face, et lui seul sortira éclaboussé de sa vilaine escapade.

A défaut de remords, dont il n'est peut-être pas susceptible, à défaut d'un virus antirabique assez énergique pour le guérir, si, n'ayant rien à faire, il se sent des dispositions exceptionnelles pour lancer l'anathème, pour jouer au jeu de massacre, qu'il garde ses imprécations pour de meilleures occasions.

Qu'il ne retire les chardons de sa bouche, pour les jeter à la face d'autrui, qu'à bon escient.

Il aura fort à faire rien qu'à tonitruer, cette fois ouvertement, contre les glorifications malsaines de notre temps, les engouements immoraux de la faveur publique et les mensonges conventionnels de notre civilisation.

L'occasion est bonne pour rappeler aux confrères qui seraient affligés par les menées de l'éternelle médiocrité, par les attaques de quelque Saltabadil, qui voudrait les frapper en arrière, qu'il vaut mieux faire envie que pitié. —

tate une déformation : le pied est dévié en dehors. Mais cette déviation n'est pas obligatoire, de sorte qu'elle n'est nullement, ainsi qu'on l'a écrit, un signe spécifique de cette fracture ; le pied peut être déplacé en dedans, ou pas du tout dévié. Quoi qu'il en soit, le plus fréquemment, le pied est en abduction ; mais cette position vicieuse peut n'apparaître qu'un jour ou deux après le traumatisme, sous l'influence de la contraction musculaire.

La *douleur* est toujours vive, spontanément, parce que le pied, par son propre poids, provoque de légers mouvements qui l'éveillent. A la palpation, on l'éveille de la façon suivante : on suit la face externe du péroné avec la face palmaire d'un ou deux doigts, modérément et par petites pressions successives. Au niveau de la fracture on éveille une vive douleur qui arrache quelquefois un cri au malade. C'est là un des meilleurs symptômes que l'on puisse noter ; un autre signe très important est la douleur qu'éveille à la partie inférieure du péroné, une pression exercée sur la partie supérieure de cet os. Nélaton se servait de ce symptôme pour faire le diagnostic entre l'entorse et la fracture de Dupuytren.

La *mobilité* est facilement perçue, soit en pressant alternativement avec les deux pouces placés, l'un et l'autre, sur chacun des fragments de l'os fracturé, soit en appuyant sur la malléole externe pour mouvoir le fragment inférieur sur le supérieur. Dans cette manœuvre il faut éviter une petite cause d'erreur qui est signalée par Velpeau, dans une de ses cliniques : « Il convient de se rappeler, dit-il, que le déplacement de la peau simule un certain degré de mobilité osseuse, ce qui oblige le médecin à bien fixer le pouce sur le sommet de la malléole et à presser perpendiculairement. Si le gonflement est considérable, ce signe devient tout à fait négatif ; pour qu'il se produise, il faut des précautions infinies ; il importe de chasser, à l'aide de douces pressions, le liquide accumulé dans le tissu cellulaire, afin de mieux dégager l'os et de mieux apprécier les faibles oscillations dont le fragment inférieur est susceptible. »

Les mêmes moyens, qui servent à obtenir la mobilité, permettent, quelquefois, de trouver une crépitation faible ; ce signe, d'ailleurs absolu ici comme pour les autres fractures, ne doit être recherché qu'avec modération.

Si, saisissant le pied à pleine main, la face palmaire contre la face plantaire, on exerce des mouvements de latéralité de gauche à droite et de droite à gauche, on obtient un *ballottement du pied*, signalé pour la première fois par Nélaton. Il résulte de la diastase péronéo-tibiale et permet de juger de l'étendue des déchirures ligamentaires.

Du côté interne du pied on trouve une *saillie formée par la malléole interne* ; tantôt lisse, régulière, tantôt irrégulière, comme rugueuse, suivant le degré de déviation du pied et les lésions consécutives du ligament latéral interne.

Si le traumatisme a été très violent, la malléole interne est arrachée à sa base ; tantôt elle est arrachée complètement, séparée à sa base, les deux fragments demeurant accolés ; tantôt l'abduction du pied entraîne le fragment inférieur qui, basculant, vient faire saillie sous la peau par sa surface fracturée. De là, les deux sensations constatées au palper ; comme nous l'avons dit plus haut, suivant ces deux cas, on a une surface lisse ou une surface rugueuse sous les téguments tiraillés.

Au-dessous de la saillie formée par la malléole interne, une dépression, dont le mode de formation est facile à saisir.

Catulle Mendès a écrit une ballade fort curieuse sur l'utilité de la méchanceté, de la sottise et de la laideur ; je n'en citerai qu'un fragment :

> Dieu nous garde que disparaisse
> Le Mauvais, le Bête, le Laid !
> C'est par eux que notre paresse
> En un moindre effort se complaît.
> Même un héros n'est pas complet !
> Mais son orgueil se légitime
> Par la bassesse d'un valet ;
> Quand on se compare, on s'estime.

A son tour, Séverine qui a tant écopé dans sa vie militante, a prétendu qu'il y avait une certaine gloire à être haï. Jadis, elle essayait de désarmer les hostilités, de prouver qu'il y avait malentendu ; mais l'expérience lui a appris tout ce qu'il y a d'élogieux, de suprêmement flatteur dans l'exécration des êtres vulgaires ou vils, des natures basses, des égoïstes ou des coquins : « Quel affront, dit-elle, quel doute à éprouver de soi-même, si cette sale engeance, si cette clique s'avisait de vous révérer. »

De son côté, Fragson chante avec beaucoup d'humour une complainte de Darcier sur les *on-dit*. Si on s'en préoccupait outre mesure, on se ferait tourner la bile, ce qu'il faut soigneusement éviter d'après les préceptes du chansonnier.

Dans les *Conseils à une amie*, Mme de Puysieux avait déjà dit : « Il faut fermer l'oreille à la calomnie ; la vie ne peut être passée tranquillement, quand on fait attention aux mauvais discours. L'amour du repos exige que nous évitions tout ce qui pourrait le troubler. »

En résumé, on a beau vivre paisiblement dans son coin et éviter de faire du bruit dans le monde ; à chaque rivage où on aborde, on trouve fatalement des adversaires. Beaumarchais lui-même le confesse mélancoliquement : « Avec de la gaieté et même de la bonhomie, dit-il, j'ai eu des ennemis sans nombre, et n'ai pourtant jamais croisé, ni jamais couru les routes de personne. »

Dans la lutte professionnelle, il faut s'oindre d'indifférence, comme les athlètes antiques se frottaient le corps d'huile, pour se dérober plus aisément aux étreintes de leurs adversaires.

L'essentiel est de marcher droit devant soi, sans se préoccuper des chiens qui aboient à chaque carrefour ; sans cela on n'arriverait jamais à son but !

Je termine par un vœu de concorde ; c'est que dans nos rapports, nous nous laissions guider par la belle maxime, qui a été adoptée en Amérique par l'alliance évangélique : « Dans les choses essentielles, unité ; dans les choses secondaires, liberté ; dans toutes, charité ! »

Dr GRELLETY (de Vichy).

Du côté externe on trouve l'enfoncement du péroné que Dupuytren a nommé le « coup de hache ». Les deux fragments de l'os fracturé se portent du côté du tibia et viennent former un angle dont le sommet touche le tibia, remplissant l'espace interosseux. Ce signe, considéré comme pathognomonique de la fracture du péroné par Dupuytren, a été considéré comme beaucoup moins fréquent par Gerdy.

Au niveau des malléoles, le compas d'épaisseur permet de constater une augmentation de la largeur de la jambe, due au diastasis péronéo-tibial.

Peu à peu, apparaissent d'autres signes, ce sont: le gonflement, les ecchymoses, les phlyctènes.

Le gonflement n'a pas de valeur ; il gêne plutôt l'examen en effaçant les méplats et masquant les saillies.

Plus importantes sont les ecchymoses. L'une est rapide et n'a qu'un sens trés relatif, elle est due à la contusion des tissus. L'autre, secondaire, n'apparaissant que peu à peu, paraît appartenir à la fracture et est plus intéressante ; en général, elle avoisine le siège de la fracture et se limite au pourtour de la malléole externe.

Les phlycténes sont tardives aussi ; pour Dupuytren, elles étaient un signe presque constant.

Quelle est la marche de cette fracture et quel avenir est réservé aux malades au point de vue fonctionnel? La guérison varie entre 25 jours et 110 d'après les statistiques. Ces limites minima et maxima, si éloignées, résultent de ce que les auteurs ne peuvent guére s'entendre sur le sens du mot de guérison. On ne saurait, en matiére de fracture, appeler guérison la consolidation ; un malade peut être considéré comme guéri quand il reprend un libre usage de son membre. Ainsi considérée, la guérison est plutôt lente, et d'autant plus, que, fréquents sont les accidents qui retardent la consolidation et nombreuses les complications qui aggravent le pronostic.

Quels sont ces accidents ? D'abord *la difficulté que l'on peut rencontrer dans la réduction* de la fracture. Cette difficulté varie avec chaque cas clinique. Puis la *difficulté de la retention*, accident beaucoup plus fréquent, car une caractéristique de cette fracture est précisément la tendance extrême qu'offre à se reproduire la déformation dite en coup de hache. On ne saurait trop se rappeler cette complication. Elle explique la consolidation vicieuse, si souvent rencontrée à la suite de cette fracture, quand un traitement rationnel n'est pas intervenu. Cette consolidation vicieuse est quelquefois telle qu'elle gêne la marche ou la rend impossible. C'est donc une des fractures qui exige du praticien une attention extrême et un intérêt soutenu, car un mauvais traitement équivaut, sûrement, à une absence de soins et une négligence dans le traitement, un appareil incomplet ou insuffisant attireront, au médecin traitant, une juste critique.

Il faut se défier d'un autre accident : c'est de la déformation qui succède à la hâte qu'on apporte parfois à enlever l'appareil et à laisser marcher le malade. Donc, de ce fait que l'on constate la disparition de la déformation quand on enléve l'appareil, il faut se garder de laisser marcher librement le malade. Il faut peu à peu étudier la résistance des ligaments en permettant un exercice progressif, le malade soutenant son corps avec des béquilles, puis avec une canne.

Un autre accident, plus rare d'ailleurs, est l'élargissement de la mortaise tibio-péronière, qui fait que l'astragale mal emboîtée permet au pied de « jouer ». Il en résultera une série de petites entorses, qui tirailleront les ligaments, enflammeront la synoviale, entraîneront la destruction des cartilages, et compromettront plus ou moins la fonction de l'articulation et la marche.

En sus de ces accidents, des complications les unes immédiates, les autres secondaires, retardent encore la consolidation.

Parmi les complications immédiates, nous plaçons les *plaies* des téguments, les *luxations*, les plaies *des vaisseaux* et *des nerfs*. La plaie des téguments fait de la fracture de Dupuytren une fracture ouverte. Cette plaie peut se former soit en dehors : c'est le fragment supérieur du péroné qui perfore la peau ; soit en dedans : c'est la malléole interne qui par le bord tranchant de son fragment inférieur déchire les tissus tiraillés qui le recouvrent. L'antisepsie a rendu moins graves cette complication, qui compromettait, autrefois, l'avenir du membre.

La luxation du pied se fait, d'ordinaire, en dehors ; quelquefois en dedans ; rarement en avant ou en arriére.

Plus rares, encore, sont les lésions des vaisseaux et des nerfs : elles semblent, en effet, moins fréquentes, dans cette fracture, que dans beaucoup d'autres.

Parmi les complications secondaires, les unes sont primitives et les autres consécutives. Les complications primitives sont : *l'épanchement de sang, l'arthrite, les eschares, la gangrène du membre.* L'épanchement de sang sous les téguments est rarement assez abondant pour former un thrombus ou retarder la guérison. L'arthrite tibio-tarsienne est fatale, mais elle est bénigne. Sa gravité est réelle en cas d'infection, quelle que soit l'origine de celle-ci ; soit qu'elle vienne de l'extérieur, par une plaie des téguments, soit qu'elle relève d'une infection éloignée telle qu'une blennorrhagie, ou d'une maladie générale comme la tuberculose. Les eschares se produisent surtout à la partie interne, au niveau de la malléole. Là les tissus comprimés par la saillie osseuse peuvent se modifier. A la chute de cette eschare la fracture peut s'infecter, ou l'articulation tibio tarsienne communiquer avec l'air extérieur. Quelquefois, enfin, les eschares s'étendent, des phycténes étendues apparaissent et le sphacéle du membre se produit. Mais bien rares sont ces accidents aujourd'hui, grâce aux procédés antiseptiques, et au perfectionnement des pansements.

Plus tard, des complications éloignées pourront compromettre l'avenir du membre : telles sont la raideur articulaire, l'ankylose du pied, la tumeur blanche et certains troubles trophiques.

La raideur de l'articulation tibio-tarsienne, constante, disparaît ordinairement assez vite, au bout de quelques semaines, rarement faut-il plusieurs mois. Cette raideur peut durer indéfiniment ; dans ce cas il s'est créé une véritable ankylose réclamant un traitement particulier.

L'arthrite chronique, chez les rhumatisants, la tumeur blanche chez les tuberculeux peuvent résulter d'une fracture de Dupuytren. Plus fréquents sont les troubles vaso-moteurs et trophiques, tels que tuméfaction de la jambe, œdème malléolaire,

vices de nutrition des téguments, etc. Mais ces troubles appartiennent à toutes les variétés des lésions osseuses de la jambe et ne disparaissent que peu à peu.

Il est évident, aujourd'hui, que les complications les plus sérieuses sont celles qui surviennent tardivement et compromettent la marche, car les accidents immédiats sont beaucoup plus rares, grâce à l'antisepsie.

Il est indispensable de faire un diagnostic précis de la fracture de Dupuytren, pour pouvoir lui appliquer la thérapeutique et l'attention qu'elle mérite.

La fracture type, avec son coup de hache, « crève les yeux par la grossièreté de ses signes », disait Trélat.

On peut s'arrêter à la pensée d'une *contusion simple*. Elle est rare à la jambe ; on fera le diagnostic facilement par l'absence de douleur fixe, l'étendue et la diffusion de l'ecchymose, l'absence de déformation, la possibilité des mouvements articulaires et l'amélioration rapide.

L'entorse n'est pas toujours facile à différencier. Les douleurs sont plus violentes dans l'entorse ; par contre, on ne trouve pas de douleur locale, pas de mobilité, pas de crépitation, ni de ballottement astragalien.

La *fracture par arrachement* se diagnostique de la fracture de Dupuytren par le siège de la douleur, l'absence de ballottement, le siège de la fracture du péroné, la déviation du pied en dedans. D'une façon générale, chaque fois qu'on hésite entre les deux, il faut diagnostiquer une fracture de la base de la malléole par arrachement.

La luxation de l'astragale en dedans ; mais dans la fracture de Dupuytren la saillie anormale est au-dessus de la surface articulaire, et l'écartement des malléoles est moindre.

Il faut, autant que possible, faire le diagnostic de l'étendue des lésions : la malléole interne est-elle fracturée ? le ligament latéral interne est-il totalement compromis ? le diastasis de la mortaise est-il bien accentué ? toutes lésions qui commandent le pronostic et font de la fracture de Dupuytren une fracture grave, car l'impotence fonctionnelle du membre pourra en résulter.

Quel est le traitement ? Nous ne pouvons énumérer tous les appareils proposés par Dupuytren, Richet, Verneuil, etc. Le meilleur est la gouttière plâtrée. Le malade est chloroformé ; on place le pied fracturé dans la gouttière habituelle que tout praticien sait et peut faire. Les jours suivants il se fait du jour entre le membre et la gouttière, jour que l'on comble avec de l'ouate, pour assurer une compression régulière. Au besoin on refait une seconde gouttière si le vide est trop grand. Le malade restera *deux mois au moins* dans cet appareil.

Quand le malade pourra marcher on lui recommandera de ne faire que des exercices progressifs, en se servant d'abord de béquilles. Mais on luttera contre la déformation qui tend toujours à se reproduire avec l'appareil connu, qui se compose essentiellement d'un pied avec une semelle articulée au niveau des malléoles avec deux montants, l'un externe, l'autre interne. Cet appareil sera porté longtemps, car on n'est jamais sûr d'avoir obtenu une consolidation suffisante.

A. Pascal,
int. des Hôp. de Paris.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Rôle de l'isolement dans la prophylaxie scolaire de la rougeole et de la diphtérie,

Par L. Bard, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

Isolement et désinfection, ces deux termes résument toutes les mesures de la prophylaxie des maladies contagieuses. Si les principes qui leur servent de base sont choses assez simples, il n'en est plus de même de leur application pratique, tout au moins pour qui veut éviter également les écueils opposés des précautions insuffisantes et des exigences inutiles.

Depuis quelques années, sous l'influence des découvertes bactériologiques, on est généralement enclin à faire à la désinfection la part la plus large, à réduire de plus en plus les indications de l'isolement, ce qui prouve tout simplement que l'hygiène n'échappe pas plus que les autres branches de l'activité humaine aux influences de la mode. Je crois, pour ma part, que l'isolement, quand il est pratiqué avec le discernement nécessaire, est appelé à rendre les plus grands services et qu'il reste encore le moyen le plus puissant de la prophylaxie contre le groupe contagieux des maladies transmissibles.

Sans parler de l'isolement des malades eux-mêmes, qui peut soulever parfois dans la pratique des difficultés d'exécution, mais qui ne laisse guère d'incertitude sur la ligne de conduite à suivre, je voudrais insister sur un point spécial de la question, sur les mesures d'isolement qui ont pour but de préserver les sujets sains des contacts éventuels dangereux, dans la prophylaxie des épidémies scolaires.

Ces mesures d'isolement se réduisent à trois ordres de mesures, qu'on adopte le plus souvent sans règles bien précises, entre lesquelles on choisit un peu à l'aventure, sans tenir un compte suffisant des conditions de transmission spéciales à la malade dont on a à combattre le développement. Ces trois ordres de mesure sont, par ordre de sévérité, « les *évictions successives* », c'est-à-dire le renvoi des malades dès la constatation des premiers symptomes ; l'*exclusion* de l'école des sujets réputés dangereux, tels que les convalescents, les parents ou voisins des malades ; enfin la *fermeture* ou le licenciement de l'école, qu'on réserve pour la fin, comme la mesure la plus radicale et la plus efficace. Entre temps on assaisonne le tout de désinfections plus ou moins rigoureuses, pour lesquelles les règlements actuels ne cachent pas d'ailleurs leurs préférences.

Il me serait impossible de traiter dans tous ses détails et sous toutes ses faces ce redoutable problème de la prophylaxie scolaire, mais je pense qu'il sera utile d'indiquer sommairement les règles de conduite auxquelles je suis arrivé par mon expérience personnelle, acquise dans de nombreuses épidémies, que j'ai suivies de près, alors que j'avais à les combattre comme médecin des épidémies et comme hygiéniste.

Pour rester concis, je ne m'attarderai pas à indiquer en quoi mes conclusions concordent avec les données classiques et en quoi elles en diffèrent ; qu'il me suffise de dire qu'elles n'engagent que moi, puisqu'elles ne sont pas toutes

d'accord avec l'opinion courante. Dans cette étude je me suis placé exclusivement sur le terrain de la pratique, de l'observation épidémiologique, en tenant compte des faits expérimentaux, quand ils le méritent, mais sans me laisser opprimer par eux.

La première règle de conduite est de ne pas appliquer à toutes les maladies contagieuses une même règle ; une prophylaxie « passe-partout » ne répond pas à la complexité des faits biologiques ; il faut adapter les mesures prises aux modalités contagieuses de chaque affection transmissible, à son génie épidémique propre. A ce point de vue on peut distinguer deux classes bien différentes de maladies contagieuses ; on peut prendre pour types de chacune d'elles, la rougeole et la diphtérie. La prophylaxie qui convient à l'une est, point pour point, inutile ou inefficace pour l'autre ; loin d'être calquées l'une sur l'autre, leurs deux prophylaxies doivent donc être radicalement différentes.

Tout d'abord la désinfection doit garder une certaine place dans la lutte contre la diphtérie, bien moindre que celle qu'on lui attribue, mais encore nécessaire, tandis qu'elle est parfaitement inutile contre la rougeole, dont les germes n'ont aucune résistance et succombent spontanément, en quelques heures au plus.

Il y a tout autant de différence dans les mesures d'isolement à leur opposer ; le fait ressortira des détails qui vont suivre.

La rougeole n'est jamais transmise par un convalescent ; elle, est toujours importée à l'école par un élève qui est tombé malade pendant qu'il la fréquentait, qui a continué à s'y rendre pendant les prodromes, et qui ne l'a quittée qu'au moment de son éruption ou peu avant son apparition. Du premier coup il a contagionné un grand nombre de ses camarades ; ceux-ci sont atteints presque en même temps, avec une régularité mathématique, de telle façon que leurs éruptions surviennent de 10 à 12 jours après celle du premier ; en réalité, les prodromes commencent 9 jours après la contagion, l'éruption survient quatre jours plus tard, mais la contagion s'est exercée deux jours et même trois jours avant l'éruption, d'où l'écart habituel indiqué plus haut.

Cette première explosion épidémique est suivie dans le même délai d'une seconde, qui procède de la première, dont les victimes ont tout naturellement fréquenté l'école pendant leurs prodromes. Et puis, dans l'immense majorité des cas, un point c'est tout. A moins que de nouveaux sujets absents lors de la première explosion aient été admis du dehors, ou qu'il s'agisse d'un grand pensionnat à divisions séparées, la contagion est si puissante, si massive, qu'il ne reste plus alors de sujet susceptible à contaminer.

Quel peut être en pareil cas le rôle de l'isolement?

Les évictions successives ? Sans doute il faut les prescrire, mais sans illusions, elles jouent toujours le rôle des carabiniers d'Offenbach.

L'exclusion des convalescents ? Elle est inutile. Celle des parents des malades ? Elle est nécessaire, s'il s'agit de malades étrangers à l'école restée encore indemne ; si l'école est contaminée, elle ne répond plus à grand'chose.

La fermeture de l'école ? Ici, il faut distinguer ; après le premier cas, et avant la première explosion, pendant les quelques jours de la durée de celle-ci, qu'on peut préciser d'avance, assurément, elle serait utile ; mais qui donc la réclame, et même le plus souvent qui donc l'accepterait à ce moment ? nul ne se préoccupe du premier cas, puisqu'il est unique ! C'est plus tard, après le premier groupe massif, qu'on s'inquiète et qu'on la réclame. A ce moment il est trop tard, le combat est fini ; sans doute de nouveaux cas vont survenir, il faut les prévoir, mais ils sont semés et il ne reste rien à faire pour les éviter.

Si nous considérions la prophylaxie dans les familles, nous arriverions à des conclusions tout à fait analogues, que les détails qui précèdent suffisent à faire pressentir, et qu'on peut résumer ainsi : dans la rougeole, l'isolement du malade arrive trop tard ; celui qu'il faut isoler, quand il y a lieu et qu'on le peut, c'est le sujet sain que l'on sait avoir été exposé à la contagion, et cet isolement doit commencer avant les prodromes, 8 jours après le moment où il a été exposé pour la première fois à la contagion ; la fixité et la régularité de la période d'incubation permettent, en pareil cas, une intervention efficace. J'ai consacré il y a quelques années (*Revue d'hygiène*, 1891) un mémoire détaillé à exposer les modalités épidémiologiques de la rougeole et les règles de sa prophylaxie rationnelle ; je ne puis qu'y renvoyer les lecteurs que la question intéresserait plus spécialement.

La diphtérie se comporte de toute autre façon ; tout est insidieux dans sa manière de faire ; au lieu de procéder par explosions massives et par épidémies rapides, elle donne lieu à des cas successifs, en chapelet, isolés ou par petits groupes, à apparitions irrégulières, mais pouvant se prolonger pendant des mois, si l'on n'intervient pas efficacement. Cette marche a fait méconnaître le rôle de la contagion et accuser, à tort suivant moi, l'infection des locaux et la persistance des germes dans les milieux extérieurs. Ce second ordre de causes existe réellement, il oblige tout à la fois à prévenir les contagions médiates et à ne pas négliger les désinfections, comme nous l'avons fait pour la rougeole, mais il n'est pas, quoi que la plupart en pensent, le facteur principal.

La contagion directe est à l'origine de la grande majorité des cas ; mais cette contagion a des singularités qu'il faut connaître, et que j'ai été le premier à signaler et à mettre en évidence (dès 1888) : le contagionnant est, tantôt un *malade* reconnu, c'est le cas le plus simple, mais le plus rare ; tantôt un *débutant*, comme pour la rougeole ; tantôt un *convalescent*, ce qui est fréquent ; tantôt un cas *fruste*, ce qui est extrêmement fréquent. Ces deux dernières catégories, qui font complètement défaut dans la rougeole, sont ici de beaucoup les plus fréquentes, et malheureusement aussi les plus difficiles à combattre, surtout parce qu'on a le plus souvent de grandes difficultés à retrouver l'origine du danger : autour des malades et dans les foyers épidémiques, les angines les plus simples, érythémateuses mêmes, sont suspectes et souvent spécifiques et contagieuses.

Ce n'est pas tout, l'incubation est très rapide, réduite souvent à 24 heures, et on se laisse aller

à prendre pour des cas simultanés, auxquels on veut imposer une origine extérieure commune, des cas successifs engendrés les uns par les autres. Par contre, chez d'autres sujets une longue période d'invasion, traînante et contagieuse, précède une aggravation marquée qu'on prend à tort pour le début ; il arrive alors qu'on prend le contagionné pour le contagionnant, quand le premier s'est plus rapidement confirmé que le second ; d'où nouvelle source de confusion et d'erreurs dans les enquêtes.

Un seul point est favorable, c'est que, somme toute, la contagion est pratiquement difficile ; des précautions relativement simples la suppriment ou la restreignent considérablement ; en fait, de nombreux cas restent stériles, et les autres n'en engendrent généralement qu'un petit nombre chacun, parfois à d'assez longs intervalles les uns des autres, même dans une agglomération.

J'ai vu en effet, à plusieurs reprises, un convalescent ou un cas fruste, présent dans une école pendant une longue période, n'engendrer que des cas tous isolés, séparés les uns des autres par plusieurs jours d'intervalle.

Les convalescents et surtout les cas frustes sont en général les plus fertiles, parce qu'ils durent plus longtemps, qu'ils s'isolent moins et qu'on ne s'en écarte pas.

Les modalités si particulières des épidémies de diphtérie, l'échelonnement des cas, leur persistance indéfinie, sont la résultante de cet ensemble de conditions : contagiosité précoce et prolongée, contagion difficile et par suite produisant des effets discontinus, incubation courte et invasion variable, grande fréquence des cas frustes non soupçonnés ou méconnus.

Comment lutter efficacement par l'isolement contre un ennemi aussi fertile en ruses et en surprises. On ne peut se dissimuler que le problème est difficile, on serait certainement voué à des échecs presque constants si, fort heureusement, la faible fécondité de la maladie ne venait à notre aide ; en fait, il suffit le plus souvent de retrouver et d'isoler la plupart des sujets contagionnants pour venir à bout de l'épidémie, mais il faut toujours songer aux cas frustes et aux convalescents ; ce sont eux qui sont la pierre angulaire de la prophylaxie.

Les évictions successives sont très nécessaires et utiles, mais ne suffisent pas ; les exclusions des parents et des convalescents sont indispensables, et ces mesures suffisent le plus souvent au début, et pour des cas isolés ; il faut y joindre la recherche des débutants et des cas frustes, par l'examen attentif de toutes les gorges et de tous les nez ; cette recherche doit être faite avec sévérité, et tous les jours, dès qu'on est en présence de cas multiples ; enfin, la fermeture s'impose si des cas nouveaux surviennent malgré ces précautions.

Quand il s'agit d'un groupe dont l'isolement est impossible, enfants assistés par exemple, il faut les disperser en groupes aussi petits que possible ; j'ai même réussi à plusieurs reprises à arrêter une épidémie de cette nature à l'hôpital, dans un dépôt d'enfants qu'on ne pouvait dissoudre, en les confinant tous au lit pendant quelques jours dans leur salle commune. On supprimait ainsi tout contact, une revision quotidienne enlevait les cas nouveaux et les suspects, et en quelques jours tout était terminé.

Quand on a fermé une école où régnait la diphtérie, tout n'est pas fini, il s'en faut de beaucoup ; il arrive trop souvent que, quand on rouvre, tout recommence, alors même que la fermeture a duré plusieurs semaines. On accuse alors d'insuffisance les désinfections faites, et on les recommence avec un zèle digne d'un meilleur sort.

En réalité, c'est la reconstitution même du groupe humain qui est le plus souvent la cause de la reprise ; on ramène en commun les convalescents méconnus et les cas frustes ; toute réouverture doit être accompagnée d'interrogations minutieuses et d'examens attentifs pour éliminer les réimportations ; je ne méconnais pas l'utilité des lavages des locaux et celle des étuves, mais je donne, de beaucoup, le premier rang aux lavages des gorges et à l'abaisse-langue.

La principale difficulté est de savoir où il faut s'arrêter, d'une part dans la durée de l'isolement des convalescents, d'autre part dans la suspicion des angines frustes. Hélas ! c'est là la principale pierre d'achoppement ; c'est affaire de tact et d'impression, et il faut savoir se résigner à des à peu près. Toutes les angines peuvent être suspectes ; la contagiosité dans la convalescence peut se prolonger pendant des mois, s'il persiste de l'angine ou du coryza : 40 ou 50 jours est un minimum de rigueur. Jusqu'à ces dernières années, c'était la seule règle de conduite à indiquer ; actuellement il semble que la connaissance du bacille de Lœffler doit effacer toutes les difficultés, ou du moins qu'il ne reste plus que celle de faire faire les examens et les cultures nécessaires, difficulté qui serait appelée à disparaître avec la multiplication des bureaux d'hygiène et des laboratoires publics ou privés. Tout convalescent ou toute gorge recélant le bacille de Lœffler serait suspect et à isoler ; toute gorge indemne pourrait obtenir la libre pratique. Nul plus que moi n'appelle de ses vœux une solution aussi simple, et surtout aussi nette et aussi admirable, pour abriter toute responsabilité ; mais ce que j'ai vu ne m'inspire pas une confiance suffisante : le bacille de Lœffler a des sosies : tantôt il est court et douteux, tantôt il n'est pas virulent, tantôt tout le monde en a, tantôt..., mais je ne veux pas discuter ici cette question trop complexe. En attendant les lumières de l'avenir, qu'on traite, en coupables, les gorges à bacilles de Lœffler, mais il ne serait pas toujours prudent de libérer de toute suspicion celles qui en sont indemnes.

Il m'est impossible d'insister plus longuement ; à vouloir tout préciser, je ne m'arrêterais plus, tant la question est intéressante et complexe. Les détails qui précèdent suffisent à indiquer les règles générales, les principes qui doivent servir de guides ; il appartient à chacun d'en faire application aux divers cas particuliers qu'il peut rencontrer. L'épidémiologie et la prophylaxie sont aussi complexes et aussi délicates que la thérapeutique et que les autres branches de la médecine ; elles exigent au même degré le tact et le discernement qui caractérisent l'esprit médical ; il me paraît aussi qu'elles ont la même valeur pratique et la même importance professionnelle , comme elles, on ne les connaît qu'à la condition de les apprendre, et cette vérité ba-

nale n'aurait pas besoin d'être énoncée, si elle ne me paraissait pas encore quelquefois méconnue des étudiants et même des médecins.

BULLETIN DES SYNDICATS

Association professionnelle des médecins de Reims et de l'Arrondissement.

31 *Janvier* 1896.

Présents : MM. les Docteurs Seuvre, *Président*; Meunier, *Vice-Président* ; Guillaume, *Trésorier* ; Pitoy, *Secrétaire* ; Bagneris, Bettinger, Bourgeois, Chevy, Colaneri, Duret, Fiselbrand, Giraud, Guelliot, Knœri, Lelièvre, Lévêque. Louis, Roussel, Viell, et Stahl, de Villers-Marmery.

M. Jacquinet s'excuse par lettre de ne pouvoir assister à la séance.

Compte rendu annuel.

M. Pitoy, secrétaire donne lecture du compte-rendu annuel des actes de l'Association pendant l'année 1895.

Messieurs,

Notre Association Professionnelle a terminé son premier exercice annuel et le Règlement prescrit d'en résumer l'histoire. Cette halte d'un instant nous permettra de rappeler ce que nous avons fait de bien, et de mettre en lumière nos principaux desiderata pour nous orienter plus sûrement vers les progrès futurs.

Il ne faut jamais être bien exigeant pour la première année d'existence d'une institution quelconque ; c'est son enfance à elle, il est naturel que ses premiers pas soient mal assurés et peu rapides, et nous avons subi la loi commune. Cependant le nombre et la variété des sujets d'étude ou d'affaires à résoudre ont été tout à fait inattendus et suffisants, en tout cas, pour se faire une idée juste de ce qu'on peut attendre de notre Association quand elle aura vécu assez de temps pour être bien entrée dans nos mœurs professionnelles.

....

— Les rapports entre médecins et clients sont représentés par quatre affaires dont la plus récente n'a pas encore reçu de solution. Quelques-uns de nos confrères, en effet, ont eu la bonne inspiration de réclamer l'assistance du Conseil dans des litiges à propos d'honoraires. Jusqu'ici nous avons eu la bonne fortune de n'éprouver aucun échec. MM. G... et L... ont pu ainsi recouvrer, en évitant un procès, des honoraires discutés et même primitivement refusés, et M. D... nous a remerciés de notre appui, dont l'effet à été décisif, paraît-il, pour décider le Tribunal de Laon à conclure en faveur. Il y a là un genre de services que peut rendre l'Association, qui n'est pas à dédaigner et qui deviendra plus fréquent et plus efficace encore, si vous adoptez la création du service d'honoraires, tel que nous vous le proposons.

Dans un autre ordre d'idees, nous avons dû intervenir à la prière du Dr Loche, de Rilly, pour faire supprimer une pharmacie clandestine que la Société mutuelle de Ludes avait créée dans cette commune, pour *déranger* moins souvent ses médecins. Nos réclamations ont été écoutées et la distribution des médicaments a été immédiatement supprimée.

— Relativement aux rapports des Médecins entre eux, le conseil a eu à se prononcer sur six cas de dissentiments confraternels, qui se sont terminés tous par conciliation et réconciliation. L'un deux a démontré que l'un de nos articles déontologiques manquait de précision et méritait d'être modifié, puisqu'il laisse place au désaccord.

A propos de ces faits, nous désirons vivement dissiper une erreur courante sur le rôle du Conseil dans les dissentiments intermédicaux.

Quand l'un de nous croit avoir un reproche sérieux à faire à un confrère, la pire conduite à tenir, celle contre laquelle on ne saurait trop réagir, est de lui garder rancune, sans l'avertir, sans qu'il sache pourquoi. C'est là la source la plus féconde de défiance mutuelle, de division profonde et de malaise chronique du corps médical.

Cependant, beaucoup hésitent à invoquer l'intervention du Président ou du Conseil, parce qu'ils attribuent à cette démarche un caractère d'hostilité ou de dénonciation qui fait reculer les meilleurs esprits.

Nous protestons contre cette manière de voir, regrettable à tous égards. Nous considérons, au contraire, que le fait de demander une explication franche sur des faits d'apparence répréhensible, est un acte de loyauté et de bonne confraternité. N'est-ce pas, en effet, la conduite d'un honnête homme, ennemi des arrière-pensées, qui y regarde à deux fois avant de se résigner à laisser ternir la bonne opinion qu'il a d'un autre et qui se fait une loi de ne jamais admettre le mal, sans l'avoir sévèrement contrôlé ?

Voilà la doctrine du Conseil en pareille matière, et il serait heureux de la voir largement mise en pratique parmi nous, pour le plus grand bien de la confraternité et de la cohésion de la famille médicale rémoise.

....

Sur la proposition de notre confrère Langlet, l'étude de ce qui intéresse les Médecins dans le projet de loi sur la pharmacie, qui viendra bientôt en discussion à la Chambre des députés, a été faite dans un rapport de notre confrère Roussel. Les conclusions que vous avez votées ont été envoyées à la commission parlementaire chargée de cette loi. Le docteur Pedebidou, son secrétaire, nous a chaleureusement félicités et remerciés. Cette commission a terminé ses travaux ; elle a élu pour rapporteur le docteur Bourillon, de la Lozère, qui, au mois de novembre dernier, dans un banquet du *Concours médical*, se déclarait acquis à toutes nos réclamations. Nous ne pouvons rien demander de plus pour l'instant ; attendons l'œuvre de la Chambre.

— A la séance générale du 26 avril, les treize membres présents ont voté à l'unanimité une série de résolutions ayant pour but de rappeler les règles déontologiques en matière d'assurances et d'uniformiser les honoraires aux taux des Compagnies qui paient le mieux.

Avant de déterminer la mise en vigueur de ces décisions, le Conseil a voulu savoir l'accueil que lui réserveraient les Compagnies. Quand il a été certain que les unes accepteraient, que d'autres discuteraient, mais finiraient par consentir et que quelques-unes seulement s'insurgeraient, il a fixé au premier janvier la date d'exécution et tracé un plan de conduite qui eût eu bien vite raison des résistances intéressées.

Nous n'avons pas encore tous les renseignements nécessaires pour nous prononcer sur cette première expérience de notre action collective ; mais nous savons déjà que nos prévisions semblent se réaliser : certaines Compagnies ont accepté, d'autres sont en pourparlers, et si des difficultés surgissent, le Conseil sera prié d'intervenir. En revanche, quelques-uns de nos confrères se sont laissé troubler par les menées d'agents bien plus habiles que scrupuleux, et il est à craindre que leur cause reste en mauvaise voie, tant qu'ils n'appelleront pas à leur aide le Conseil qui est mieux armé qu'eux pour la mener à bien.

— Dès sa première séance, l'Association a décidé l'étude de la médecine mutualiste. Le Conseil l'a entreprise avec la ferme intention de ne proposer aux sociétés quoi que ce soit qui ne soit bien compris et sincèrement accepté par nous tous. Il vaut mieux y mettre tout le temps nécessaire que de risquer un échec.

Nous avons pensé qu'il était sage, avant tout, de connaître l'opinion de chacun sur ce sujet et nous avons provoqué une enquête et une discussion préalable, le 29 mai. Nous n'avons pu réunir que dix-huit avis, soit par bulletin, soit dans la réunion.

Nous avons conclu que ces documents résumaient l'opinion moyenne et nous avons présenté un rapport d'ensemble et des conclusions générales à la séance du

26 octobre, qui a décidé de soumettre la question au vote général. Celui-ci a réuni 41 bulletins, sur 44 membres consultés.

Cette fois nous sommes en possession d'éléments sérieux pour proposer la forme définitive que nous croyons la mieux en rapport avec les idées émises, et vous serez appelés, en troisième lecture, à la discuter et à l'approuver avant qu'elle soit soumise aux sociétés.

— Dans ces derniers temps, un juge de paix de notre ville a émis un jugement dans lequel il refusait d'attribuer à nos livres de comptabilité une valeur quelconque pour prouver la légitimité d'une réclamation d'honoraires. Ce jugement, venant à peu de distance de deux ou trois autres émis dans le même sens par des tribunaux différents, nous a vivement troublés, car si cette jurisprudence venait à prévaloir, nous serions absolument à la merci de la mauvaise foi.

Une visite du Bureau au juge de paix en question ; un jugement d'un de ses collègues de Reims, affirmant la valeur de nos livres, nous a un peu rassurés pour le moment. Mais il n'en est pas moins vrai qu'il y a là une question d'une extrême gravité. Nous en avons confié l'étude à un homme de loi, et nous vous en soumettrons le résultat quand il nous sera parvenu.

....

Et maintenant nous pouvons nous demander si réellement toute cette somme de travail a donné quelque résultat utile ; si nous sommes dans la bonne voie et s'il nous est possible d'espérer voir un jour notre famille médicale assez cohérente pour opposer une volonté unique à tous les obstacles vers le progrès ? Eh bien, nous avons la conviction sincère que nos débuts sont loin d'être des efforts stériles.

N'avons-nous pas prouvé que nous étions en mesure d'aider efficacement les nôtres dans plusieurs variétés de circonstances difficiles ? N'est-il pas dans la nature des choses que l'éloquence de ces faits ne diminue peu à peu les cas où on oublie qu'on a droit aux bons offices de l'Association ?

D'autre part, au point de vue moral, qui donc a pu s'imaginer sérieusement que la simple création de l'Association suffirait pour révolutionner nos mœurs médicales au point de ne laisser survivre que la correction parfaite ou la confraternité la plus exquise ? Il faut quelque temps pour modifier des habitudes d'esprit. Et cependant, n'est-ce pas déjà une réconfortante nouveauté que d'avoir vu cette année neuf de nos confrères, demandeurs ou défendeurs, venir nous réclamer de les aider à rétablir leurs bons rapports ? N'est-ce pas là, de leur part, un éclatant hommage rendu à l'esprit de confraternité active, une tendance vers la confiance réciproque sans laquelle la solidarité est impossible ? Or, la solidarité, c'est le but, avec elle nous pouvons tout ; sans elle nul progrès n'est réalisable, et il nous faut ou déchoir ou la conquérir à tout prix. C'est du reste la pensée du président de l'Association de Prévoyance des Médecins de France, M. Lannelongue, qui disait, le 4 décembre dernier, au banquet de l'Union des Syndicats médicaux :

« Je crois qu'il est nécessaire, indispensable, qu'il » règne, parmi nous, un esprit de solidarité des plus » étroits et des plus complets. Je dis que c'est là une » des conditions presque nécessaire à notre existence, » et c'est de cela que toutes nos œuvres doivent être » absolument pénétrées, puisqu'elles s'occupent de l'a- » venir.... et de l'élévation de la famille médicale, de » manière que sa grandeur ne cesse jamais de monter » comme monte tout ce qui doit vivre et prospérer dé- » sormais. »

Elections

Il est ensuite procédé aux élections pour le Bureau et le Conseil de 1896.

Sont élus : *Président*, M. Seuvre. — *Vice-Président*, M. Meunier. — *Secrétaire*, M. Pitoy. — *Trésorier*, M. Guillaume. — *Conseillers*, MM. Bettinger, Roussel et Colleville.

Le Secrétaire,
Dr H. Pitoy.

REPORTAGE MÉDICAL

Elections. — L'Académie de médecine a procédé, dans une de ses dernières séances, à l'élection de deux correspondants nationaux.

MM. Glénard (Lyon), Mossé (Toulouse), Debierre (Lille), Renou (Saumur), Vidal (Hyères) et Lemaistre (Limoges) étaient les candidats proposés. — MM. Glénard et Mossé ont été élus.

— M. le Dr Pitres, doyen de la Faculté de Bordeaux, et M. le Dr Brouardel, doyen de la Faculté de Paris, viennent d'être élus délégués des Facultés de médecine au Conseil supérieur de l'instruction publique.

— *Un service des honoraires.* — Un service des honoraires vient d'être créé par l'Association professionnelle des médecins de Reims ; il comprend les distributions de notes à domicile, les encaissements, les recouvrements litigieux, la tenue de la comptabilité des médecins, etc., le tout par les soins d'un directeur gérant et sous la surveillance du conseil. C'est là, selon nous, une excellente idée qui permet de remplacer l'intervention propre du médecin près de ses clients retardataires ou de mauvaise foi, par l'action impersonnelle, et par cela même plus efficace, de l'Association ; nul doute que ce service n'arrive, comme le dit le règlement, à « faciliter, simplifier, régulariser l'exécution de tout ce qui concerne les honoraires, et à en rendre les résultats plus satisfaisants et plus prompts ».

— *Exercice illégal de l'art dentaire.* — La cour de police de Preston a jugé un misérable instituteur primaire qui avait inventé un abominablep suplice pour la correction des écoliers récalcitrants. Quatre gamins de 10 à 12 ans comparaissaient comme témoins et ont raconté que leur professeur leur arrachait une dent chaque fois qu'il avait à se plaindre d'eux. L'un de ces pauvres petits doit déjà la perte de trois molaires à ce terrible moyen d'éducation. L'accusé passe pour avoir arraché en tout 18 dents à la jeunesse du pays.

Le juge lui a exprimé son regret de ne pouvoir lui appliquer la législation barbare : « œil pour œil, dent pour dent » et il l'a condamné à un mois de prison et 200 francs d'amende.

C'est peu.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4090. — M. le docteur Bonnans, de Bordeaux, membre de l'Association des médecins de la Gironde.

N° 4091. — M. le docteur Dietrich, de Sebdou (Oran), présenté par M. le Directeur.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le très vif regret de faire part à nos lecteurs et à ses nombreux amis, du décès très prématuré du Dr Berlin, de Nice. Notre distingué confrère, à qui nous avions été assez heureux de faciliter son déplacement, s'était spécialisé en gynécologie et aussi habile chirurgien que loyal confrère, il disparaît, en plein succès, également regretté par ses clients et par les médecins nombreux auxquels il laissera comme à nous le souvenir d'un homme doué d'un rare ensemble de précieuses qualités.

Nous avons encore le regret d'annoncer le décès de MM. les docteurs Maillard, de Néris (Allier) et Gourjon, de Montélimar (Drôme), membres du Concours Médical. M. le docteur Gourjon était aussi membre de l'Association amicale.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 22 30 Mai 1896

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Navrantes leçons.

Depuis le mois de janvier 1896, trois de nos confrères viennent d'être frappés, dans la force de l'âge, d'aliénation mentale.

Mariés, pères de famille, tous trois sont enfermés dans des maisons de santé, où un traitement dispendieux leur procurera, *peut-être*, une amélioration.

Tous trois ont perdu leur gagne-pain ; ils deviennent une lourde charge pour leurs ménages restés presque sans ressources.

En supposant qu'ils arrivent à la guérison, demandons-nous un peu devant quel horizon se fera le réveil de ces pauvres cerveaux, victimes, peut-être, du surmenage professionnel ?

Ce sera d'abord la disparition des économies péniblement amassées, la ruine, peut-être même les dettes, et la pauvreté honteuse, avec toutes ses tortures et ses humiliations.

Ce sera aussi la crainte d'une rechute, l'épée de Damoclès suspendue sur la tête, pour le reste de l'existence.

Mais ce sera surtout la clientèle perdue. Oui, perdue, car déjà l'âpreté de la lutte pour l'existence, a sans doute amené des successeurs dans les postes vacants, ou bien, s'ils n'y sont pas, ils y viendront, appelés par ce public qui n'ose pas reprendre confiance en ces intelligences frappées à son service.

Quel horrible cauchemar qu'une situation pareille se dressant devant ceux qui sortent péniblement des ténèbres d'un accès de folie !

N'est-il pas à craindre qu'il les y replonge d'une façon définitive ?

Et si maintenant, ces cas de démence sont incurables, que deviendront veuves et enfants ?

Après avoir tout épuisé pour soigner et faire vivre celui qui ne peut guérir, il ne leur restera que les infimes ressources d'un travail manuel auquel ils sont inhabiles, et.... la charité confraternelle ou publique.

Se peut-il expliquer vraiment qu'après des années d'un rude labeur, d'une vie sage et bien comprise, ces malheureuses familles aient passé des douces perspectives d'autrefois à la décourageante réalité d'aujourd'hui ?

Hélas ! oui, car elles ont commis une faute capitale, la faute de la jeunesse, de l'illusion, de la confiance exagérée en soi-même et en ses propres forces.

Elles n'ont pas su s'imposer d'une centaine de francs, chaque année, pour le budget de la solidarité et de la prévoyance, alors que cela leur était facile. Peut-être ont-elles enfermé leurs maigres économies dans le traditionnel bas de laine, qui remplace trop, chez nous, la prime d'assurance, si tutélaire, dans les familles anglaises ; mais, avant la fin de l'année, le bas de laine sera vide et le dénûment complet.

Et pourtant, il existe, pour remédier dans une large mesure à de pareils malheurs, une Association générale des médecins français qui n'a jamais refusé depuis trente-cinq ans de secourir ses membres, moyennant une modeste cotisation de 12 fr. par an.

Et il existe, surtout, une *Association amicale pour l'indemnité maladie*, qui, contre une prime annuelle vraiment faible (de 65 fr. à 165 fr. suivant l'âge) garantit jusqu'à leur mort, une indemnité de 1200 fr., à ses sociétaires devenus incapables de continuer leurs occupations professionnelles.

Au *Concours médical*, peut-on se taire devant trois lettres comme celles qui nous ont signalé la détresse des familles médicales dont nous parlions tout à l'heure ?

Nous ne le pensons pas.

Si le conseil d'administration de l'*Association amicale* avait à prononcer, dans sa réunion du 20 juin prochain, une quantité considérable d'admissions, provoquées par la publication de ces tristes exemples, il deviendrait de son devoir de

dresser, de temps en temps, le bilan des catastrophes sans remède qui atteignent les imprévoyants de la profession.

De pareilles leçons ne doivent pas être perdues : elles ne le seront pas.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le bromoforme dans la coqueluche.

M. le Dr *Marfan* a expérimenté le bromoforme dans une quarantaine de cas, et, d'après son expérience, le bromoforme est supérieur à l'antipyrine et à la belladone pour diminuer le nombre et l'intensité des quintes. Il emploie la formule suivante :

Bromoforme.............	48 gouttes.
Huile d'amandes douces..	20 grammes.
Gomme adragante.......	2
Gomme arabique.........	4
Eau de laurier-cerise.....	4
Eau q. s. pour faire......	120 c. c.

Mélangez d'abord le bromoforme et l'huile, et agitez fortement ; puis ajoutez le reste.

Une cuillerée à café renferme deux gouttes de bromoforme.

Au-dessous de 5 ans, prescrire au début autant de fois 4 gouttes par jour que l'enfant a d'années. De 5 à 10 ans, la dose quotidienne de début est de 20 gouttes. Mais ce sont là des doses initiales ; on doit les augmenter progressivement de 2 à 4 gouttes par jour jusqu'à les doubler ; on peut même aller plus loin, en surveillant le malade. Au-dessous de 6 mois, la dose initiale quotidienne pourra être de 2 à 3 gouttes ; de 6 mois à 1 an de 3 à 4 gouttes. Dans tous les cas la dose quotidienne doit être fractionnée en 3 prises.

Sous l'influence de cette médication, on observe, en général, les modifications suivantes. Les 2 ou 3 premiers jours, il arrive fréquemment qu'il semble se produire une aggravation ; les quintes paraissent plus violentes et sont plus nombreuses. Mais, à partir du troisième ou quatrième jour, une détente manifeste survient ; le nombre des quintes diminue et leur violence s'atténue beaucoup. Les vomissements disparaissent ; l'appétit revient ; l'enfant atteint la fin de la période spasmodique sans aucun incident.

Pour réussir, il ne faut pas craindre d'augmenter les doses, jusqu'à ce que les quintes diminuent de nombre et d'intensité.

La médication par le bromoforme a d'autant plus de succès qu'elle est appliquée plus près du début ; c'est ce que montre surtout la pratique de la ville, où on est appelé à diagnostiquer et à traiter la coqueluche beaucoup plus tôt qu'à l'hôpital.

On suspendra l'usage du remède lorsque l'enfant présentera une somnolence un peu trop accentuée.

Nous avons expérimenté le même médicament, depuis environ 18 mois et nous pouvons apporter notre complète adhésion à l'opinion de M. Marfan.

Traitement local du prurit cutané par le permanganate de potasse.

Le Dr L. *Bulkley*, médecin de l'hôpital pour les affections cutanées et cancéreuses de New-York, recommande une solution de permanganate de potasse à 1 ou 2 °/₀ appliquée localement comme un moyen très efficace pour calmer les démangeaisons intenses qui accompagnent certaines variétés d'eczéma, ainsi que d'autres dermatoses prurigineuses.

Ces applications sont répétées deux fois par jour. La partie atteinte est simplement badigeonnée avec le liquide médicamenteux qu'on laisse sécher sur la peau. Dans les intervalles des badigeonnages, on peut faire usage d'une pommade à l'oxyde de zinc.

Sous l'action de la solution de permanganate de potasse, la peau devient d'abord rosée, puis bientôt brune. Au bout d'un certain temps cette coloration disparaît par suite de la desquamation de l'épiderme, oxydé par le permanganate de potasse. Outre son action calmante à l'égard du prurit, le permanganate de potasse, employé comme il vient d'être dit, aurait pour effet de diminuer les épaississements inflammatoires des téguments. (*La Clinique française.*)

Traitement des tumeurs malignes par les injections de sérum d'âne normal ou préalablement inoculé avec du suc d'épithéliome.

A l'une des dernières séances de l'Académie de médecine, MM. *Arloing* et *Courmont*, de Lyon, ont communiqué les résultats de leurs remarquables recherches sur le sérum d'âne, contre les tumeurs malignes de l'homme :

1° Les injections de sérum d'âne, préalablement inoculé avec du suc d'épithéliome, pratiquées chez l'homme au voisinage des tumeurs malignes, sont incapables, à elles seules, d'amener la disparition de ces tumeurs ou même d'empêcher leur généralisation et l'issue fatale de l'affection ;

2° Elles peuvent cependant être utiles en entraînant une diminution momentanée du volume des tumeurs, probablement par une régression de la zone inflammatoire périphérique. Cette action peut être l'origine d'une guérison, en rendant opérable une tumeur inopérable avant les injections. Le plus souvent elle fera momentanément disparaître les symptômes de compression, douleurs, œdèmes. L'évolution générale de l'affection sera parfois enrayée pour quelques semaines ;

3° Le sérum d'âne ainsi préparé a paru contenir des substances toxiques qui n'existent pas à égale quantité dans le sérum d'âne normal. Ces substances s'accumulent dans l'organisme ou prédisposent celui-ci, de sorte qu'à un moment donné elles engendrent (au moins chez les cancéreux) des symptômes réactionnels (œdème, purpura, éruptions diverses, etc.) au niveau des piqûres ou même à distance. Ces symptômes apparaissent après la cinquième injection en moyenne et à un délai d'autant plus rapproché de la piqûre, qu'on avance davantage dans le traitement ; ils disparaissent au bout de quelques heures ou quelques jours. Ils s'accompagnent fréquemment de symptômes généraux (élévation de température, anorexie, insomnie, etc.). Vers la cinquième injection, les malades refusent de continuer le traitement ;

4° On a obtenu avec le sérum d'âne nor-

mal la même diminution de volume des tumeurs, sans jamais observer des réactions comparables aux précédentes, au niveau des injections ;

5° On peut, en conséquence, tenter des injections sous-cutanées de sérum, au voisinage des tumeurs inopérables, lorsque celles-ci pourraient devenir opérables après libération des parties avoisinantes ou lorsqu'elles s'accompagnent de douleurs ou d'œdèmes dus à la compression.

Le sérum d'âne normal sera employé de préférence au sérum d'âne préalablement inoculé avec du suc d'épithéliome et l'usage serait suspendu pour être repris au besoin, dès que les réactions locales présentent une intensité qui fatigue les malades.

La médication thyroïdienne dans les fibromes utérins.

Nous avons déjà signalé les curieux résultats obtenus par M. le Dr *Jouin*, dans les cas de fibromes de l'utérus, par l'emploi de la médication thyroïdienne : les bons résultats obtenus au début, se sont maintenus et M. Jouin croit pouvoir tirer de ses études et observations les conclusions suivantes :

1° La physiologie du corps thyroïde, étudiée seulement depuis quelques années, réserve aux chercheurs des surprises nombreuses et probablement des découvertes d'une importance considérable.

2° L'expérimentation, la clinique, la thérapeutique démontrent, dès aujourd'hui, qu'il existe entre la glande thyroïde et le système génital et particulièrement le système génital féminin, des rapports physiologiques du plus grand intérêt.

3° La médication thyroïdienne a déjà donné des résultats inespérés dans le traitement du myxœdème, du crétinisme, du goître, de certaines affections cutanées et de beaucoup d'autres maladies.

4° Elle a permis d'obtenir le plus souvent une amélioration considérable, parfois même la guérison de tumeurs fibreuses utérines et de métrorragies rebelles à toute autre médication conservatrice.

6° Sans qu'il soit possible de rien affirmer, on a le droit de se demander, devant les cas de ce genre, devant, aussi, les résultats obtenus chez des malades atteintes de kéloïdes, d'hypertrophie de la prostate, etc., si cette médication ne pourrait être un jour appliquée efficacement à des tumeurs d'évolution moins avancées, au traitement des sarcomes, par exemple.

6° Cette thérapeutique thyroïdienne, nettement suivie, avec les précautions et les règles de l'asepsie, ne présente aucun inconvénient et est, en définitive, d'une pratique très facile.

Traitement des fractures du col du fémur par le massage et la mobilisation.

Il n'y a pas que les fractures du radius, du péroné, de l'humérus, qui soient justiciables de la mobilisation et du massage.

M. le Dr Gaucher vient de consacrer sa thèse inaugurale à l'étude du traitement des fractures du col du fémur par le massage. Il conseille de compter, dans l'emploi de la mobilisation, avec le degré de sensibilité des malades, avec leur état nerveux, leur pusillanimité.

« Les premiers jours, on se contentera, après chaque séance de massage, de provoquer des mouvements passifs que le malade peut effectuer en tous sens. » Chez les vieillards le massage devra être fait avec une grande prudence ; M. Lucas-Championnière conseille d'éviter la région antérieure de la cuisse, siège des gros vaisseaux, souvent malades, chez les personnes âgées. La paume de la main et les doigts préalablement graissés. on se bornera à des pressions douces selon l'axe du membre et dans le sens du courant veineux, principalement à la fesse et la région postérieure de la cuisse. Ce n'est guère qu'au bout de quelques jours quel'on fera exécuter les mouvements actifs. Au bout d'une dizaine de jours les vieillards pourront se lever et éviter ainsi les complications si dangereuses du séjour prolongé au lit.

La cocaïne et le gaïacol.

Dans une communication, faite il y a quelques mois, à l'Académie de médecine, M. Lucas-Championnière affirmait que le gaïacol est très supérieur, comme anesthésique local, à la cocaïne. M. *Reclus* a tenu à contrôler personnellement ces assertions et a fait un essai loyal du gaïacol. Comme nous n'avons aucun moyen de mesurer la douleur et de contrôler si un malade est ou non douillet, M. Reclus a recueilli surtout des observations dans lesquelles l'anesthésie avait été obtenue, mi-partie avec le gaïacol, mi-partie avec la cocaïne.

De ces observations il résulte que la puissance analgésiante du gaïacol est très inférieure à celle de la cocaïne.

MM. Lucas-Championnière et André ont dit que l'action du gaïacol était plus générale que celle de la cocaïne et que, contrairement à celle-ci, elle se faisait sentir même sur les tissus enflammés ; or il n'est pas exact que l'action de la cocaïne soit nulle sur les tissus enflammés, il faut seulement mettre plus de cocaïne et attendre plus longtemps avant de prendre le bistouri.

Quant à la gravité de la cocaïne, toutes les fois qu'il y a eu accident après l'emploi de la cocaïne, et ces accidents ne sont pas niables, il y a eu faute dans l'emploi de ce médicament. Les solutions fortes sont dangereuses ; il suffit d'employer des solutions au centième ; les chirurgiens qui emploient des solutions à 5, 10, 15, et même 20 °/₀ n'ont pas le droit de s'étonner s'ils provoquent des accidents.

Il en est de même de la dose, il ne faut jamais atteindre la dose de 20 centigrammes ; récemment, on a rapporté deux observations dans lesquelles les chirurgiens avaient employé la cocaïne à la dose de deux grammes. Il n'est pas étonnant, qu'aux deux fois, les malades soient restés dans leurs mains.

On ne doit jamais opérer les malades assis ; il faut toujours, dans tous les cas, opérer le malade couché. D'autre part il ne faut jamais faire l'injection de cocaïne dans l'intérieur d'une veine. Il faut, en outre, laisser le malade couché pendant une heure et ne le laisser se lever que lorsqu'il a pris quelques aliments.

C'est en ne perdant pas de vue ces règles, que M. Reclus a pu faire 3.500 opérations sans troubler en rien l'équilibre physiologique de ses malades. Aussi il lui semble que la cocaïne doit être employée dans tous les cas où l'on a à faire une opération réglée, et où l'étendue du champ opératoire n'est pas trop considérable : il faut écarter toutes les opérations abdominales et toutes les amputations qui ne portent pas uniquement sur la main ou sur le pied.

MÉDECINE PRATIQUE

Les sérums thérapeutiques.

L'avenir est-il aux sérums thérapeutiques ? Nul ne peut encore l'affirmer, en s'appuyant sur des bases sérieuses ? Et pour avoir voulu s'avancer trop vite dans cette voie, on a déjà fait bien du tort à la méthode dite de sérothérapie. Les remarquables succès de Behring et de Roux ont ébloui les jeunes savants avides de gloire et leur ont fait lancer de prétendues découvertes, qui n'étaient ni suffisamment mûries, ni impartialement expérimentées. Il faut avant tout, arriver bon premier et, au risque d'avancer des résultats à peine ébauchés, on se précipite à la tribune des Congrès ou de la Presse, pour annoncer un nouveau sérum. Nous allons examiner, avec toute impartialité, les différents sérums thérapeutiques préconisés actuellement et tirer de cette revue générale, les conclusions pratiques, que nous croyons utiles pour les cliniciens.

I.

SÉRUM ARTIFICIEL.

Le premier sérum thérapeutique en date et en efficacité, est le sérum artificiel, depuis la simple dissolution de sel marin jusqu'aux formules modernes de Hayem, de Chéron, de Crocq, etc. Le sérum artificiel est une solution, *parfaitement aseptique*, de sels analogues aux sels normaux du plasma sanguin. Il est généralement destiné à réparer les pertes de sang trop abondantes ou les pertes de plasma sanguin provoquées par les diarrhées cholériques. C'est un tonique et un stimulant de premier ordre, qui permet à l'organisme de franchir une période de dépérissement et de cachexie intense, où la vie est en danger. Nous rappelons ici les principales formules de sérum artificiel:

A.	Sulfate de soude pur.......	10 gr.
	Chlorure de sodium........	5 gr.
	Eau distillée bouillie.......	q. s. p. 1 lit.
B.	Chlorure de sodium........	8 gr.
	Carbonate de soude........	4 gr.
	Sulfate de soude...........	2 gr.
	Phosphate de soude	2 gr.
	Eau distillée bouillie.......	q. s. p. 1 lit.
C.	Phosphate de soude........	4 gr.
	Chlorure de sodium........	2 gr.
	Sulfate de soude...........	8 gr.
	Acide phénique neigeux....	1 gr.
	Eau stérilisée..............	100 cent. cub.
D.	Phosphate de soude........	5 gr.
	Eau stérilisée..............	80 gr.

Ces sérums, dont les formules diffèrent peu, constituent des liquides injectables sous la peau, dans le tissu cellulaire sous-cutané des flancs et de l'abdomen.

Les sérums A. et B. s'injectent à doses de 20 à 25 centim. cubes sous la peau ou dans le rectum. Le sérum A., porté à la température de 38 degrés, est injectable directement dans les veines du coude ou du pied au moyen d'une fine canule à trocart de Potain. On en injecte 250 à 500 grammes dans les anémics par hémorrhagies graves, 1 à 2 litres dans les anémies pernicieuses et le choléra (méthode des transfusions de Hayem).

Les sérums C. et D. sont à employer à petite dose, 2 à 8 grammes par injection sous-cutanée. On renouvelle cette injection, deux ou trois fois par semaine, dans l'anémie, dans la neurasthénie, dans certaines formes de suppurations pelviennes chroniques.

En général, le sérum artificiel relève rapidement les forces et l'appétit.

II

SÉRUM NATUREL PUR DE BŒUF OU DE CHEVAL.

En présence de l'impossibilité absolue de transfuser du sang complet d'animal à l'homme, puisque les globules injectés se mortifient et risquent même de tuer un certain nombre de globules du sang de l'homme, on a essayé d'appliquer l'injection directe de sérum défibriné et stérilisé du sang de bœuf ou de cheval. Les multiples précautions d'asepsie qu'exige l'emploi de ce sérum lui font préférer le sérum artificiel qu'on peut préparer à volonté et dont on connaît la composition exacte et le degré d'asepsie. Les indications de ce sérum naturel et du sérum artificiel étant les mêmes, nous ne pouvons engager les praticiens à se servir du sérum naturel.

III

SÉRUM DE CHÈVRE PUR.

Les remarques des vétérinaires, sur les maladies des chèvres et des boucs, ont amené les médecins à penser que ces animaux sont réfractaires à la tuberculose et, de fait, les inoculations de produits tuberculeux à ces animaux sont toujours restées sans résultat. De là à penser que le sérum du sang contenait des substances antibacillaires, il n'y avait qu'un pas. Ce pas a été franchi et l'on a inoculé à l'homme du sérum de chèvre pour tâcher de combattre en lui la tuberculose (Picq et Bertin). Le résultat a d'abord paru merveilleux. A la suite d'injections sous-cutanées de sérum de chèvre ou de bouc, à des tuberculeux en pleine évolution, on a constaté une notable augmentation de poids. Or cette augmentation de poids était due en réalité à l'excitation de l'appétit que produit toute injection de sérum. Le sérum artificiel donne les mêmes résultats. Adieu le produit spécifique antibacillaire contenu dans le sérum de la chèvre. D'ailleurs, il est prouvé que la chèvre comme les autres animaux peut contracter la tuberculose, mais l'infection est difficile à provoquer ; il faut des cultures très virulentes et de multiples précautions opératoires.

IV

SÉRUMS THÉRAPEUTIQUES PROPREMENT DITS.

Nous désignerons sous le nom de sérums thé-

rapeutiques proprement dits, les sérums contenant des produits morbides, des toxines atténuées et peut-être des antitoxines, à la suite de cultures et d'inoculations successives par la méthode pastorienne.

A. Le premier de ces sérums et peut-être le plus efficace, est le *sérum de Behring Roux, antidiphthérique.*

B. Le second de ces sérums est le *sérum antitétanique* de Vaillard et Roux.

C. Vient ensuite *le sérum antistreptococcique de Marmorek.*

D. Les sérums *antityphique*, *antituberculeux*, *antipneumococcique*, etc., sont les derniers lancés, et les derniers en importance.

E. Pour terminer, il faut citer le sérum *antialcoolique* de M. Toulouse, le sérum *contre le venin des serpents* de Calmette, etc.

A. — *Sérum antidiphthérique.* Nous ne reviendrons pas, dans cet article, sur la mémorable communication au congrès de Buda-Pesth, du docteur Roux de l'Institut Pasteur. Les faits sont venus prouver l'efficacité du sérum préconisé, par MM. Behring et Roux, contre la diphthérie et malgré les inévitables objections, malgré les polémiques violentes, malgré les accidents et les échecs incontestables qui ont assailli la méthode depuis ses débuts, il n'y a pas un médecin consciencieux, qui puisse lui refuser toute valeur. Le sérum antidiphthérique est soit du sérum de chèvre (Behring), soit du sérum de cheval (Roux), qui contient, par suite de cultures et d'inoculations successives, au même animal, des toxines modifiées ou des antitoxines qui neutralisent les toxines diphthériques chez l'homme malade. Nous ne décrirons pas la technique détaillée de la préparation du sérum antidiphthérique. Il nous suffira de dire que, dans la circulation d'un cheval reconnu sain, on injecte successivement tous les 15 ou 20 jours des cultures de bacilles de Loeffler absolument pures et filtrées sur porcelaine, d'une virulence d'abord très faible, puis, progressivement, d'autres d'une virulence plus intense et additionnées de liquide de Gram, c'est-à-dire d'iode ioduré. La virulence des cultures est vérifiée, chaque fois, sur des cobayes, qui sont sacrifiés. Après trois mois, la vaccination du cheval est obtenue et l'animal résiste aux plus virulentes cultures. Le sang est alors extrait de la jugulaire, battu, défibriné, et le sérum, recueilli avec toutes les précautions de l'asepsie, est réparti dans de petits flacons stérilisés, dans lesquels on a introduit un fragment de camphre. Chaque flacon est bouché hermétiquement au caoutchouc, recouvert d'un petit capuchon de même substance et gardé à l'abri de la lumière. Le sérum doit être limpide et de coloration légèrement jaunâtre ; parfois, il est un peu rosé, ce qui ne diminue pas sa valeur. Mais, il importe de ne pas employer du sérum trop ancien ; *M. Variot*, de l'hôpital Trousseau, fait remarquer que le sérum qui a séjourné un certain temps dans une officine de pharmacie, provoque des accidents post-sérothérapiques bien plus graves que le sérum fréquemment renouvelé des hôpitaux.

Les doses de sérum à injecter sont de 10 à 20 centimètres cubes en une séance.

On emploie, à cet effet, la seringue de Roux préalablement stérilisée par une ébullition de 10 minutes. Le lieu choisi pour l'injection est la peau des hypochondres ou des flancs. L'aiguille reliée à la seringue par un tube de caoutchouc de 8 à 10 centimètres, est enfoncée obliquement dans un pli de la peau qu'on a eu soin de désinfecter et de nettoyer à fond. L'injection est poussée lentement, sans secousses et l'orifice de la piqûre obturé ensuite avec une mèche légère d'ouate hydrophile. Aucun massage ne doit être pratiqué sur la boursouflure produite par la présence du sérum sous la peau.

Suivant la marche de l'angine, de la température et du pouls, on recommencera la même inoculation le lendemain et le surlendemain, en ayant soin de s'abstenir de tout topique local dans la gorge. Seuls seront permis des lavages à l'eau additionnée de liqueur de Labarraque.

Liqueur de Labarraque (1)....	50 gr.
Eau bouillie tiède............	950 gr.

Une importante question reste à résoudre, c'est celle des indications et des contre-indications de l'emploi du sérum antidiphthérique.

Voici l'opinion de M. *Hutinel* :

« Quand une angine diphtéroïde, d'apparence bénigne, se développe chez un enfant porteur de grosses amygdales chroniquement enflammées et de végétations adénoïdes, il ne faut pas trop se hâter d'injecter le sérum de Roux, à moins que l'examen ne révèle la présence de bacilles de Loeffler, longs et nombreux ou que les fausses membranes ne s'étendent.

Dans les cas de scarlatine où on découvre des bacilles de Loeffler dans la gorge, il est prudent de s'assurer, avant de faire une injection de sérum, si les bacilles sont nombreux et longs et si la diphthérie est nettement caractérisée.

M. *Sevestre* formule encore plus complètement les indications et les contre-indications à l'emploi du sérum de Roux :

A. — Dans les cas de *diphthérie pure*, non associée, le sérum de Roux ne détermine jamais d'accidents sérieux (à condition, bien entendu, que l'injection soit faite avec les précautions antiseptiques convenables) ; *l'injection est de règle.*

B. — Dans les cas de *diphthérie associée au streptocoque*, le sérum peut, dans des cas assez rares, favoriser la production d'accidents parfois très effrayants, mais généralement sans gravité réelle. *La crainte de ces accidents ne doit pas empêcher de recourir aux injections de sérum de Roux* ; car dans une maladie où deux affections s'associent et se combinent, c'est déjà beaucoup que d'avoir supprimé les effets de l'une d'elles.

C. — Les seuls cas où *l'hésitation* soit *permise*, relativement à l'emploi du sérum de Roux, seraient ceux dans lesquels l'examen bactériologique révèle l'*existence de streptocoques abondants, associés au bacille court* (qui n'est pas toujours en rapport avec une diphthérie vraie).

D. — Dans les cas où l'examen bactériologique révèle le *streptocoque sans bacille de Lœffler*, le

(1) *Liqueur de Labarraque.* — Sa formule est :

Chlorure de chaux sec..........	10 gr.
Carbonate de soude cristallisé...	20 gr.
Eau bouillie....................	450 gr.

Filtrer.

sérum de Roux ne peut avoir aucune action favorable et est au moins inutile. Il faut, en pareil cas, *s'abstenir*.

E. — Les propositions précédentes, qui résument les indications rationnelles de l'emploi du sérum de Roux dans la diphthérie, supposent que la nature de la maladie a pu être déterminée avec précision par l'examen bactériologique ; mais il n'en est pas toujours ainsi, et alors deux éventualités peuvent se présenter :

1° S'il s'agit d'une *angine légère, au début*, il convient en général *d'attendre le résultat de l'examen bactériologique*, mais à la condition de suivre le malade avec grand soin et de *se tenir prêt à faire l'injection, pour peu que le mal fasse des progrès* ;

2° Au contraire, si la maladie présente quelque *caractère de gravité*, et surtout s'il s'agit d'un *croup*, on doit évidemment faire une culture comme dans le cas précédent, mais, *sans attendre le résultat de cette culture, il faut injecter et ne pas se laisser arrêter par la crainte d'accidents possibles.*

Plusieurs observations indiscutables d'accidents très graves, provoqués par le sérum de Roux, ont été communiquées à la Société médicale des hôpitaux, et c'est vraisemblablement parce que, d'une part, ces préceptes n'avaient pas été observés ; d'autre part, à cause de l'ancienneté du sérum employé, qu'on a eu à déplorer ces accidents. Il est bon d'ajouter, néanmoins, qu'aucun de ces accidents n'a été mortel. Quant à l'explication chimique de ces accidents, elle est encore hypothétique. M. Variot la formule de la façon suivante :

Les substances albuminoïdes du sérum, injectées sous la peau, ne s'éliminent pas habituellement par les urines. Que deviennent ces substances qui se mêlent au sang et aux humeurs, sans s'y incorporer directement, puisqu'elles n'ont pas subi l'action des sucs digestifs et des sécrétions glandulaires qui les rendent assimilables ? Avant d'être rejetées par les émonctoires de l'organisme, ces molécules de substances protéiques se transforment, se dédoublent et ce sont, vraisemblablement, ces produits de dédoublement des molécules albuminoïdes qui, après une période de temps assez fixe, déterminent les troubles divers de l'intoxication sérique.

Cette hypothèse n'est pas étayée par des expériences directes, mais elle est conforme à ce que nous savons des modifications très complexes des matières albuminoïdes introduites artificiellement dans l'organisme.

Et, d'ailleurs, à l'appui de cette opinion, M. Netter a produit des faits qui démontrent que les accidents tardifs si singuliers qui succèdent, quelquefois, aux injections de sérum antidiphtériques, peuvent se voir après les injections d'autres sérums antitoxiques (antipneumococcique de lapin, antituberculeux de Maragliano), et avec du sérum emprunté à d'autres animaux que le cheval ou le chien.

B. — Sérum antitétanique.

Depuis fort longtemps déjà, MM. *Vaillard et Roux* cherchent et étudient le sérum antitoxique du bacille de Nicolaïer, c'est-à-dire du tétanos. De nombreux essais ont déjà été tentés, mais les résultats n'ont pas été, surtout au début, à la hauteur des espérances. La difficulté est, en effet, de trouver pour immuniser le sérum, un animal d'assez grande taille et suffisamment réfractaire par lui-même à la maladie. Or le cheval est extrêmement sensible au tétanos et les inoculations de cultures intensives lui donnent la maladie, avant qu'il ait eu le temps de s'immuniser. Il en est de même des petits animaux comme le lapin, le chien, le cobaye. C'est encore le bouc ou la chèvre qui paraît le mieux supporter les inoculations successives de cultures, de plus en plus puissantes. On injecte donc tous les 5 ou 6 jours une petite dose de culture pure de bacille de Nicolaïer, préalablement filtrée sur porcelaine et ainsi, progressivement, jusqu'à ce qu'on ait atteint la culture la plus intense. Au bout de quelques semaines, le sérum de l'animal est prêt à être inoculé à l'homme. Les doses habituellement injectées sont de 5 à 10 centimètres cubes, matin et soir, dès que les premiers symptômes de trismus et de rigidité de la nuque apparaissent.

La région d'élection est l'hypochondre ou la fesse, comme pour toutes les injections de sérum, en général.

Aucune autre médication ne doit être employée concurremment.

Les résultats sont cependant encore parfois douteux, parce que la méthode est appliquée trop timidement.

Le sérum antitoxique peut être employé à très haute dose, 20, 30, 40 cent. cubes par jour, sans qu'il y ait réel danger pour le malade. Ce qui est plutôt dangereux, c'est la temporisation, qui donne au poison le temps de se répandre avec la rapidité de l'éclair dans tous les nerfs de l'économie.

C. — *Sérum antistreptococcique.*

Le sérum antistreptoccique est l'œuvre de M. le Dr *Marmorek*, de l'Institut Pasteur ; il date du mois de juillet 1895 et son emploi n'a guère commencé, dans la pratique, que depuis six à huit mois ; l'expérience est donc bien récente.

Marmorek découvrit d'abord le moyen de rendre le streptocoque hypervirulent et de maintenir cette virulence en le cultivant sur du sérum de cheval (2 parties) et du bouillon peptonisé (1 partie).

Pouvant ainsi créer à volonté une race de streptocoque de virulence donnée, la plus forte possible, il injecte, sous la peau, d'abord des doses faibles d'une culture extrêmement active. L'animal employé : âne, cheval (1), présente une réaction fébrile avec œdème local très prononcé, puis peu à peu la température baisse et quand elle est revenue à la normale, on répète ces injections en augmentant chaque fois la dose.

Au bout d'une année, l'animal a acquis le degré d'immunisation voulue, mais ce n'est que six semaines au moins après toute réaction fébrile que le sérum peut être extrait et employé (le sang d'un cheval en période de réaction et même quinze jours après, présente des propriétés toxiques telles que deux cent. cubes de sérum tuent un lapin en 8 jours dans le premier cas, en 5 à 10 jours dans le second).

Ce sérum obtenu est préventif ou curatif ; sa

(1) Le mouton supporte mieux l'injection que le cheval et l'âne, mais son sérum présente l'inconvénient d'être peu abondant et d'occasionner chez l'homme de la douleur et de fréquents érythèmes.

force doit être représentée, au moins, par le chiffre 30.000 (on entend par là qu'il suffit d'injecter préventivement à un animal une quantité de sérum égale à la trente-millième partie de son poids, pour l'immuniser contre une dose dix fois mortelle de streptocoque).

Le rôle joué par le streptocoque dans la pathologie humaine est très important. Toutes les angines de la scarlatine, toutes les angines secondaires aux maladies infectieuses, l'infection puerpérale, la plupart des septicémies à marche rapide, post-traumatiques ou post-opératoires, les broncho-pneumonies grippales ou secondaires à la diphtérie, les phlegmons, les arthrites, etc., sont dus à ce microbe. Le terrain étant préparé par une infection antérieure, il vient ainsi compliquer la diphthérie, la coqueluche, la rougeole, la scarlatine, l'influenza, la tuberculose et fait acquérir à ces maladies un degré extrême de gravité.

Enfin, il est une affection fréquente et contagieuse, qui dépend uniquement du streptocoque, où on le retrouve toujours à l'état de pureté, c'est l'érysipèle.

Nous voyons par cette énumération dans quel grand nombre de cas nous serons en droit de tenter les injections de sérum de Marmorek.

Les essais du sérum de Marmorek contre *l'érysipèle* ont donné un abaissement de mortalité de 5 à 1,2%. Dans son rapport au Conseil municipal, le Dr Chantemesse insiste sur les remarques suivantes :

Le traitement exclusif par la sérothérapie a fourni une proportion de guérisons plus grande que celle que donnaient les autres méthodes thérapeutiques réputées les meilleures.

Le bénéfice de ce mode de traitement est en raison directe de la force préventive du sérum, fixée par l'expérimentation chez les animaux.

Avec un sérum plus fort, le chiffre de la mortalité doit s'abaisser encore.

Les inconvénients ne sont appréciables que lorsque le sérum utilisé provient d'une saignée faite trop rapidement, après les dernières inoculations virulentes pratiquées au cheval. On peut observer alors, au point d'inoculation, de la douleur, du gonflement et une éruption d'urticaire et d'érythème. Lorsque le sérum est recueilli comme il convient, aucun de ces inconvénients n'existe. Un homme atteint d'une pleurésie purulente à streptocoques, a reçu, en 15 jours, 300 centimètres cubes de sérum sans le moindre inconvénient. Le sérum dose massive s'est donc montré efficace et inoffensif.

Les effets du sérum se font sentir sur la lésion érysipélateuse et sur l'état général du malade.

Localement : on constate le plus souvent dans les 24 heures, plus rarement au bout de 2 à 3 jours, une diminution marquée de la rougeur, du gonflement et de la douleur. La desquamation est hâtée et se fait en écailles épidermiques assez épaisses. Parfois la lésion continue à s'étendre sur un des points de sa périphérie et ne s'arrête que sous l'influence des injections répétées.

La suppuration du tissu érysipélateux est très rare avec le traitement par le sérum. Lorsqu'elle existe avant le traitement, elle n'est pas tarie immédiatement, mais elle est diminuée par les injections.

L' « état général » s'améliore rapidement. Quelques heures après l'injection, si la dose est suffisante, le malade accuse un bien être très marqué ; les troubles nerveux, et en particulier le délire, sont très favorablement influencés.

Après l'injection, la fièvre s'abaisse parfois en quelques heures. Rarement elle persiste deux ou trois jours. La dose injectée doit varier suivant l'intensité de l'infection.

Le pouls diminue de fréquence et augmente de force. On n'a jamais constaté un effet défavorable sur la force, la rapidité ou la régularité du pouls.

Quand l'albuminurie n'existe pas encore, elle ne se produit pas, dès que la sérothérapie est commencée.

Quand l'albuminurie n'existe que depuis peu de temps, l'intervention des injections de sérum la guérit en trente-six ou quarante-huit heures.

La gravité et la durée de la maladie sont moindres, chez les malades soumis à la sérothérapie.

Les engorgements ganglionnaires et les rechutes, qui surviennent si fréquemment après l'évolution d'un érysipèle traité par les méthodes ordinaires, sont favorablement influencés par le nouveau traitement. Après la fin de la maladie les adénopathies disparaissent vite, si l'on a soin de continuer à petites doses l'emploi des injections de sérum. Les rechutes qui, chez certains malades, se répètent avec une désespérante opiniâtreté, peuvent souvent être prévenues par de petites doses de sérum injectées préventivement à intervalles réguliers.

La dose ordinaire de sérum nécessaire pour guérir un érysipèle, varie entre 20 et 40 centimètres cubes. Parfois, les limites de cette dose sont dépassées, en deçà ou au delà.

Dans le cas d'infection puerpérale, les résultats obtenus par Marmorek sont les suivants :

Sur 15 femmes soumises au traitement, 7 étaient infectées par le streptocoque seul ; elles guérirent toutes ; trois, par le streptocoque associé au bactérium coli, toutes succombèrent ; cinq, par le streptocoque associé au staphylocoque blanc ou doré, deux moururent.

Récemment, à la Société obstétricale de France, les accoucheurs ont exposé les résultats qu'ils avaient obtenus des injections de sérum dans l'infection puerpérale. Il faut avouer que ces résultats ne sont points probants. M. Roux prétend que lorsqu'on applique le traitement par le sérum, il ne faut pratiquer aucune intervention, telle que curettage, injections intra-utérines, écouvillonnages, etc.

Tout au plus, permet-il l'emploi de la quinine.

En fait, nous croyons que tous les cas d'infection puerpérale ne sont pas dus au seul streptocoque et que dans ces conditions, le sérum antistreptococcique ne peut suffire. Il n'est infaillible que dans les seuls cas où on a constaté la présence dans les liquides infectés du streptocoque pur. Il en est de cela comme de la diphtérie : Le sérum n'est souverain que dans les diphthéries pures, sans associations. Donc, toutes les fois qu'une infection puerpérale sera due à une association de streptocoque et de staphylocoque ou de bactérium coli, il faudra recourir aux injections intra-utérines et aux écouvillonnages, en attendant qu'on découvre des sérums pour ces diverses espèces d'infection puerpérale. Quand le streptocoque sera pur, il faudra recourir au seul sérum de Marmorek sans adjuvant.

Du reste, voici les règles à suivre, d'après les indications du Dr Calmette, dans la thèse du Dr Dubois (1) pour l'emploi du sérum de Marmorek :

I. — Dans une affection donnée où l'on soupçonne la présence du streptocoque : faire le plus possible l'examen bactériologique. Si les symptômes sont graves, ne pas attendre le résultat de cet examen et employer de suite les injections.

II.—La dose journalière simple est de 10 cent. cubes (les tubes délivrés ont cette contenance), on peut la doubler sans crainte, même chez les enfants en très bas âge. Cette dose doit être employée quotidiennement jusqu'à disparition complète de tout symptôme pathologique. Dans les cas urgents, répéter la dose toutes les 12 heures. On a pu atteindre ainsi, sans inconvénients, des chiffres considérables, comme 280 c. c. chez une femme infectée et soignée dans le service du Dr Bar, à Paris.

III. — M. Marmorek recommande lui-même l'injection d'emblée de 20 c.c., puis, consécutivement, la dose quotidienne ordinaire, même dans les cas de simples érisypèles.

« Cette injection, un peu forte dès le début, vaut » mieux pour arrêter la maladie que l'emploi à » plusieurs reprises des doses plus faibles. »

IV. — Les premiers effets ne commencent à se faire sentir que 5 à 12 heures après l'injection.

V. — S'assurer d'abord si le sérum est resté limpide, puis faire l'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané au niveau du flanc.

VI. — Précautions antiseptiques *indispensables* :

a) Désinfection des mains.

b) Lavage minutieux de la région avec de l'eau phéniquée à 2 % ou avec une solution de sublimé à 1/1000.

c) Stérilisation, immédiatement avant l'opération, de la seringue et de la canule, en les plongeant dans l'eau froide, que l'on porte ensuite à l'ébullition pendant un quart d'heure.

(En ajoutant à l'eau une petite quantité de borate de soude, on évite l'oxydation des aiguilles d'acier.)

d) L'injection faite, recouvrir avec du coton antiseptique l'endroit de la piqûre.

N. B. — Pousser lentement l'injection ; elle sera peu douloureuse et le sérum sera résorbé en quelques instants.

Quant aux inconvénients du sérum de Marmorek, voici les moyens de les éviter :

Tout d'abord, il faut extraire seulement le sérum lorsque toute réaction fébrile est terminée depuis longtemps chez l'animal immunisé, c'est-à-dire après la 6e semaine. Même extrait à cette période, on note fréquemment au niveau de l'injection, après un laps de temps variable de 12 à 20 heures, de la rougeur et de l'œdème localisés. Une légère douleur peut accompagner parfois ces symptômes : en ce cas, il suffirait d'appliquer, à l'endroit même, tout simplement une compresse d'eau tiède.

Les éruptions qui peuvent apparaître vers le 4e ou 8e jour de l'injection, sont de différents ordres : urticaire, purpura, érythème polymorphe. Elles ne sont pas dues à la préparation du sérum, ni à sa propriété antistreptococcique, mais bien au sérum en tant que sérum sanguin d'un animal d'espèce différente que celui auquel il est injecté.

(1) Thèse du Dr Dubois sur le traitement des angines de la scarlatine par le sérum 1896.

Tiré en effet d'un animal ordinaire, non immunisé, surtout le mouton, (moins fréquemment avec le cheval et l'âne), et injecté sous la peau, les effets de ce sérum seront identiquement les mêmes qu'avec celui de Marmorek ou celui de Roux.

D. — *Sérums antituberculeux.*

Le nombre, déjà considérable, de sérums antituberculeux lancés dans la réclame vulgaire est un indice de leur peu de valeur réelle. Les échecs lamentables des injections de tuberculine Koch avaient pendant quelque temps refroidi les expérimentateurs. Cependant, depuis quelques années, bien des essais ont été tentés, hélas ! pour aboutir à bien peu de résultats. Ah ! certes, celui qui découvrira le vrai sérum vaccinal ou antitoxique de la tuberculose aura bien mérité la statue d'or que Velpeau souhaitait à celui qui trouverait le remède de l'érysipèle et de l'infection purulente ! Mais il n'existe pas encore : ce ne sera ni le sérum Viquerat (sérum d'âne immunisé), ni le sérum Maragliano, ni le sérum Bernheim qui pourront revendiquer sérieusement cet honneur. Et cependant, nous le leur souhaiterions de grand cœur, s'ils avaient à leur actif des faits nombreux et irréfutables.

On a essayé la méthode pastorienne d'immunisation, par des inoculations de cultures, de virulence progressivement croissante, à l'aide de cultures humaines et aviaires affaiblies, à des degrés variables, par le vieillissement, en passant successivement à des cultures de plus en plus virulentes, jusqu'à l'inoculation d'épreuve. On peut citer les expériences de Richet et Héricourt, celles de Grancher et Martin, de Daremberg, de Courmont et Dor, etc. Mais ces essais de vaccination, à l'aide de produits solubles, retirés des cultures de tuberculose, n'ont point donné les résultats cherchés. Il en est de même des essais qui ont été faits avec le sang ou le sérum sanguin d'un animal réfractaire à la tuberculose ou avec le sérum d'animal. Citons les tentatives de Héricourt et Richet avec le sérum de sang de chien, celles de Picq et Bertin avec le sérum de sang de chèvre, qui ont fait beaucoup de tapage au moment de leur publication, mais qui n'ont donné aucun résultat. La sérothérapie de la tuberculose n'est pas encore née et est encore à trouver. Il en est de même de la bactériothérapie de la tuberculose, qui avait pour but de détruire la virulence du bacille de Koch par un autre microbe. Cantani a proposé, dans ce but, de faire inhaler, aux phthisiques, des cultures liquides de bactérium termo ; mais dans ce combat de la lutte pour l'existence, le résultat a été négatif, tant pour le bacille de Koch que pour le bactérium termo, et il est parfaitement démontré que ces deux microbes, loin de vivre en ennemis et de pouvoir se détruire l'un l'autre, peuvent pousser sur le même milieu de culture.

Nous n'avons pas l'intention de détailler les études sur les sérums *antipneumococcique, antityphique, le sérum contre le venin des serpents*, etc. Ces sérums sont encore à l'étude et non encore entrés dans la pratique courante.

M. Toulouse a eu dernièrement la curieuse

idée d'injecter à des alcooliques en état d'ivresse aiguë ou de délire alcoolique, du sérum de chiens rendus progressivement hyperalcooliques et résistants à des doses moyennes d'alcool. L'avenir dira ce que vaut cette méthode nouvelle et comment devront se régler ses applications.

Dr Paul HUGUENIN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

A propos d'honoraires du service d'Assistance médicale.

Nous avons reçu, au commencement du mois, la lettre suivante :

Paramé (Ille-et-Vilaine), le 5 mai 1896.

Monsieur le Directeur,

Le Conseil général d'Ille-et-Vilaine ayant, comme vous le savez, changé le mode de rétribution des médecins chargés de l'assistance, j'ai envoyé ma démission. Seulement, ayant reçu le nouveau règlement le 2 mars 1896, et, en même temps, de la mairie de ma commune, des billets de visite conformément au règlement de 1895, qui nous rétribuait à la visite, j'ai réclamé, pour le règlement de mes visites, l'application de ce règlement de 1895. Le préfet, prétendant faire remonter au 1er janvier l'application du nouveau règlement que l'on ne m'a communiqué que le 2 mars de cette année, a répondu, sans d'ailleurs me donner aucune explication, que ma prétention était inadmissible, et qu'aucun mandat, basé sur l'indemnité kilométrique conformément au règlement de 1895, ne me serait délivré. Estimant que ce règlement, communiqué le 2 mars seulement, ne pouvait avoir d'effet rétroactif, ce qui me priverait des honoraires pour assistance médicale pendant 62 jours, j'ai fait appel au ministère de l'intérieur, vers la mi-mars, de la décision préfectorale, envoyant les pièces nécessaires, y compris un certificat du maire de Paramé, établissant que l'administration communale m'a donné l'ordre de visiter les assistés jusqu'au 2 mars 1896, sur la foi de l'ancien règlement, et qu'elle n'a reçu le nouveau règlement que le 29 février pour me le communiquer le surlendemain.

Comme je n'ai obtenu aucune réponse, pensez-vous qu'il soit utile de récrire au ministre, déjà changé deux fois depuis ma réclamation, soit à M. Monod, directeur de l'Assistance publique ? Ou jugez-vous plus utile d'en parler vous-même à ce dernier, si cela vous est possible ? Ayez la bonté de me répondre par la correspondance du *Concours médical*.

Le syndicat d'Ille-et-Vilaine, dont je suis un des adhérents, a l'air d'entrer en bonne voie. Espérons qu'il réussira.

Agréez, etc.

Dr RONSIN.

Suivant notre habitude, nous avons communiqué cet exposé à qui de droit et on nous a répondu par une note ainsi conçue :

Affaire Ronsin. — (Ille-et-Vilaine.)

Il est à notre connaissance que, par lettre personnelle en date du 29 décembre 1895, M. le préfet d'Ille-et-Vilaine a avisé tous les médecins du service de l'Assistance médicale des modifications apportées au règlement départemental, par le Conseil général, dans sa séance du 23 août 1895.

Le nouveau règlement, qui substitue au tarif kilométrique le mode de rémunération des médecins par abonnement, étant applicable à partir du 1er janvier 1896, le Dr Ronsin aurait dû donner sa démission au reçu de la lettre préfectorale, s'il n'acceptait pas le nouveau tarif. Il est vrai que le texte complet du règlement ne lui a été communiqué que plus tard et que la mairie de Paramé a continué à utiliser les imprimés de l'ancien service, mais le Dr Ronsin ne peut se prévaloir de cette circonstance, attendu que, si la circulaire ci-dessus indiquée, du préfet aux médecins du département les prévient qu'ils ne recevront qu'ultérieurement le texte in extenso du règlement, elle leur indique, pour éviter tout malentendu, les nouvelles conditions de rémunération et spécifie que ce règlement est exécutoire à dater du 1er janvier. M. Ronsin devrait limiter ses réclamations au montant des honoraires résultant de l'application du nouveau tarif pour la période de 1896 pendant laquelle il a continué ce service.

Nous sommes dans l'obligation d'insister sur certains points de cette curieuse affaire, et de formuler des réserves sur l'avis donné à notre confrère.

Constatons d'abord que le nouveau règlement départemental qui devait entrer en vigueur le 1er janvier 1896, ayant été adopté par le Conseil général dans la séance du 23 août 1895, il est un peu cavalier d'avertir seulement *quatre mois plus tard*, les intéressés, l'*avant-veille* (29 décembre), du jour où le changement doit s'opérer dans la pratique.

Mais, il nous semble qu'il y a eu, là, autre chose qu'un manquement aux convenances, et nous sommes tout à fait enclins à penser que ce retard avait surtout pour but de ne pas donner aux médecins le temps de se retourner, et de les faire passer, bon gré, mal gré, du régime 1895 au régime 1896, sans avoir à craindre une pluie de démissions immédiates.

Est-on assez... habile avec ces gens de cœur, de loyauté, de dévouement, qui s'appellent les médecins !!

Quoi qu'il en soit, M. le Dr Ronsin, *ayant reçu* (il le prouve par un certificat du maire de Paramé) l'*ordre d'assurer provisoirement le service sur les bases de* 1895, il nous paraît inadmissible de le rétribuer d'après celles de 1896, qu'il n'acceptait pas. Que la préfecture et la mairie s'expliquent entre elles, cela nous semble utile ; mais que l'on ne fasse pas payer à notre confrère les pots cassés dans tous ces retards administratifs, involontaires ou non.

Un peu de confraternité.

Notre excellent confrère M. le Dr Archambaud, dans la *Revue Médicale*, publie à l'adresse de certains maîtres, quelques observations que nous croyons devoir reproduire, car elles signalent un mal professionnel que la pratique des plus élémentaires principes de déontologie devrait faire disparaître à tout jamais.

Voici l'article du Dr Archambaud :

A nos maîtres !

La crise qui sévit sur tous les médecins en général, est plus intense encore sur les médecins et chirurgiens des hôpitaux. Qu'ils le veuillent ou ne le veuillent pas, la clientèle s'en va, beaucoup sont obligés de réduire le prix de leurs opérations et de leurs consultations, beaucoup même en font si peu, qu'ils se demandent à quoi leur sert un titre conquis au prix de tant de travaux.

Ils cherchent d'où vient le mal et ne se doutent pas qu'eux seuls en sont la cause.

Qui fait la clientèle des médecins et chirurgiens des hôpitaux ? Le plus souvent, c'est le médecin de la ville, dont la compétence, sur certains points spéciaux, est parfois reconnue insuffisante par eux-mêmes.

Qui dénigre le médecin de la ville ? c'est parfois le

médecin ou chirurgien d'hôpital, imité en cela par son interne, qui ne se doute pas que demain il sera lui-même le médecin de la ville.

L'interne en cela n'est pas responsable, il croit même parfois bien faire, puisqu'il imite son chef de service qui, croit-il, lui donne des conseils suffisants pour l'empêcher de commettre, dans la clientèle, les *gaffes* du médecin de la ville. Il verra, hélas ! de quelles difficultés seront entourés ses débuts, il verra que ses maîtres d'hier ne seront pas plus tendres pour lui qu'ils l'ont été pour les autres.

Je m'en voudrais assurément si l'on pouvait penser que cette critique s'adresse indifféremment à tous les médecins et chirurgiens des hôpitaux ; j'en connais et non des moindres, qui n'ont que des paroles d'aménité pour leurs confrères moins titrés ; mais, hélas ! les mauvais font tort aux bons et, trop souvent, le médecin de la ville, aigri par quelques faits qu'on est venu lui rapporter, englobe dans la même rancune tous les médecins et chirurgiens des hôpitaux, et, loin de leur envoyer des malades, les détourne plutôt pour les adresser à des confrères moins gradés, mais plus sociables.

Voulez-vous quelques exemples à l'appui de ce que je viens d'avancer ?

En 1888, je fus témoin du fait suivant :

Un brésilien, descendu provisoirement à l'hôtel Durand, à la Madeleine, est pris, subitement, la nuit, de luxation spontanée des deux épaules. Il fait appeler le docteur de S. G. qui fit la réduction au moyen de moufles. Huit jours après, un autre médecin, le docteur F. est appelé à son tour ; la luxation s'était reproduite et il la réduisit. Enfin, quinze jours plus tard, le professeur L. F., consulté, déclare que rien n'a été réduit et opère la réduction. Le lendemain, il fait une leçon sur ce cas intéressant et déclare que les deux autres médecins s'y sont très mal pris et qu'ils n'ont rien réduit du tout ! Hélas ! quelques jours plus tard, malgré le talent du professeur, nouvelle luxation spontanée ; il n'y avait plus rien de fait non plus... Pourquoi donc avoir critiqué si fort, en public, les deux médecins précédents ? Faire mieux eût peut-être été une excuse .. mais faire aussi mal !...

Le professeur P.., accoucheur distingué, ne manquait pas de dire, toutes les fois qu'une malade entrait avec de la fièvre dans son service, que certainement un médecin de la ville, sans la moindre antisepsie, peut-être même avec les mains sales, avait pratiqué le toucher ! Et nous, pauvres naïfs, nous approuvions d'un sourire narquois ! Aujourd'hui, à moins qu'il n'ait reçu depuis quelque verte leçon, il doit en dire autant de nous !

Cela n'est qu'un souvenir d'étudiant, mais les faits de la pratique sont encore plus intéressants.

Un de mes confrères, assistait dernièrement à une consultation d'hôpital et il entend dire à un malade, par le chef de service : « Quel est l'imbécile qui vous a soigné ? » Le malade se retourne et montre le confrère ci-dessus ! Tableau ! Tête du chef de service, échange de paroles plus qu'amères devant les malades ! Et, au profit de qui ?

Enfin, un petit fait personnel pour terminer. J'envoie à l'hôpital Cochin, dernièrement, une malade, Mme de M..., chez laquelle j'avais diagnostiqué un cancer du foie. Je l'adresse au docteur Schwartz, mais par suite d'une erreur inexplicable, elle entre dans un service de médecine où on se « paye ma tête », et, qui pis est, devant moi. J'entre dans la salle, je salue en entrant, les trois ou quatre étudiants présents dans la salle et pendant que je parlais à ma malade, j'entends l'un d'eux, le plus grand, qui fait observer aux autres que je ne suis pas poli, ce à quoi les autres répondent que j'ai salué. Pensez donc, un médecin de la ville ! Enfin, ayant passé par là et n'attachant pas d'importance à cette petite boutade, je m'avance vers eux et je demande à ce même plus grand, quel diagnostic on avait porté. Oh ! elle n'a rien, me répond-il, un peu d'ictère catarrhal, le chef de service a même dit qu'il était inutile de la faire entrer dans le service pour si peu et qu'on allait la renvoyer après quelques jours de régime lacté. On la renvoie, en effet, après lui avoir dit mille choses désagréables sur mon compte.

Malheureusement, elle n'était pas guérie, et je l'adresse de nouveau, avec un mot spécial, au docteur Schwartz dont je recommande ici, à tous mes confrères, la courtoisie et le savoir-faire... . Je n'ai pas été payé pour ça !

Le docteur Schwartz confirme mon diagnostic, opère, et trouve un cancer du foie !

Et nunc erudimini.

J'ouvre ici une enquête, et prie tous les confrères qui auront des faits semblables à me signaler, de ne pas manquer de le faire. Quelques-uns de nos maîtres, Dieu me garde de dire tous, en seront peut-être choqués, mais ce sera pour eux une leçon profitable. Ils ne manqueront pas de se corriger et gagneront ainsi en considération auprès de nous.

Quant à nous nos malades, ne nous mettront plus en suspicion et nous continuerons à nous adresser à nos maîtres lorsque nous serons embarrassés.

Les faits signalés par le Dr Archambaud ne sont pas rares et les médecins de province auraient, presque tous, des faits semblables à signaler, car bien des maîtres, très corrects, très aimables, même, devant le Confrère s'il est présent, daubent à qui mieux mieux sur lui, si le malade s'avise d'aller les consulter seul.

Sans doute un tel mode de faire en impose près de certains malades, mais il arrive, et plus souvent que les maîtres en question ne le supposent, que la grossièreté ou la pitié dédaigneuse, dont ils ont fait montre envers le pauvre confrère absent, se retourne contre eux et corrige à tout jamais d'autres malades du désir d'aller les consulter.

Croit-on que Mme X... retournera voir cet oculiste éminent, qui levait les épaules et dodelinait de la tête en apprenant que le petit médecin de campagne avait conseillé pour les yeux de son fils une pommade au précipité jaune et ordonnait sentencieusement un mélange de *vaseline et de bioxyde d'hydrargyre hydraté ?* Elle-même s'était aperçue de l'identité des deux pommades (le petit médecin connaissait lui aussi la vaseline bien qu'alors elle fût peu répandue) et racontait l'histoire avec quelque stupéfaction.

Et monsieur Y... s'adressera-t-il encore à ce fameux clinicien qui, d'emblée et sans l'examiner autrement, diagnostiquait un goître exophthalmique chez une jeune fille ne présentant aucune trace de goître, ni d'exophthalmie, mais atteinte de tuberculose pulmonaire ? (le tout accompagné d'ailleurs d'une pantomime significative.)

Car ces grands maîtres ne prennent pas toujours la peine d'examiner les malades qui les viennent consulter et écrivent l'ordonnance pendant que ceux-ci leur racontent, plus ou moins exactement, leur petite histoire et il arrive alors que le petit médecin ridiculisé prend sa revanche... et largement.

Le fait d'ailleurs n'est pas propre aux professeurs ou aux médecins des hôpitaux, trop de médecins de Paris en usent de même vis-à-vis des médecins de province, trop de médecins de villes vis-à-vis des médecins de campagne.

Eh bien ! ce sont là des mœurs déplorables contre lesquelles on ne saurait trop protester : personne ne gagne à un tel échange d'aménités et le public perd à ce spectacle, le respect et la considération qu'il pouvait conserver pour la profession médicale.

Il nous est arrivé, souvent, de voir des médecins et des chirurgiens de renom, qui ne croyaient pas déchoir, en rendant pleine et entière justice

à la conduite du médecin traitant et cette conduite nous a toujours paru être hautement appréciée du public; tandis que nous avous vu ridiculiser, par ce même public, tel autre qui, par son ton charlatanesque, avait cru éblouir et avait pensé sans doute se grandir en cherchant à diminuer un confrère moins titré sans doute, mais qui, dans l'occurrence, le valait peut-être par son savoir et à coup sûr, le surpassait par son honnêteté.

A. G.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de Château-Thierry.

27 *Octobre* 1895.

Le syndicat décide qu'une démarche sera faite près de M. Deville, député, au sujet de la loi sur l'exercice de la pharmacie, afin que les médecins soient autorisés:

1° à porter les médicaments d'urgence chez les malades qui ne demeurent pas dans une localité pourvue d'une officine ;

2° à porter les médicaments chez les malades qui demeurent à plus de 4 kilomètres d'une officine reconnue.

Bureau.

Sont élus comme membres du Bureau :

Président : M. le Dr Petit, de Château-Thierry ;

Vice-Président : M. le Dr Leclère, de Condé-en-Brie ;

Assesseurs : M. le Dr Bours, de Coincy ; M. le Dr Joussaume-Latour, de Château-Thierry ;

Secrétaire-Trésorier : M. le Dr Lallemand, de Château-Thierry.

Adhésion à l'Union.

Le syndicat décide son adhésion à l'Union des syndicats et charge le secrétaire-trésorier de remplir les formalités voulues.

Le Secrétaire,
Dr LALLEMAND.

Syndicat médical des Basses-Cevennes.

13 *Mai* 1896.

Présents : MM. les Drs Mazet, *Président*, Ballestrier, Bourras, Bourguet, Jacob, Maquet, Rine, Rocheblave.

Excusé : M. Tarrou.

Le syndicat, qui n'avait pas fonctionné depuis plusieurs années, décide sa reconstitution.

Assistance médicale gratuite.

Malgré l'adoption d'un règlement par le Conseil général du Gard, un grand nombre de communes n'ont aucune organisation effective. Le syndicat décide qu'il se joindra aux bureaux des sociétés médicales d'Alais et de Nîmes pour réclamer à l'autorité départementale l'application de la loi et du règlement.

Admission de nouveaux membres.

Sont admis MM. les Drs Ducerf et Marc de *Saint Hippolyte-du-Fort.*

Le Secrétaire,
Dr BOURGUET.

REPORTAGE MÉDICAL

Hôpitaux de Paris. — Le concours pour trois places de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Jeanselme, Florand et Jacquet.

Le concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Lyot et Arrou.

— *Une généreuse inspiration.* — Le doyen de la Faculté de médecine a reçu, à titre de subvention, de M. Lépine, préfet de police, et de quelques-uns de ses amis, une somme de 2,000 francs, en vue d'initier au diagnostic et à la thérapeutique de la diphtérie (examen bactériologique, sérothérapie, tubage) les étudiants en médecine ayant terminé leur scolarité et les jeunes docteurs qui désireront compléter leur éducation pratique.

A ce sujet, nous nous faisons un plaisir et un devoir de rappeler que M. Lépine s'est inscrit dernièrement par un don au nombre des bienfaiteurs de notre *Société de protection des pupilles du corps médical*.

— *La presse éducatrice.* — Un de nos confrères nous adresse cet entrefilet d'un journal de la Savoie, qui en dit long sur la façon dont certaines feuilles comprennent leur mission dans la guerre aux préjugés.

Frontenex. — M. Jacques Biquet-Petit-Jean, rhabilleur, petit-fils du célèbre Jacques Sibuet, le *Miège* de Saint-Vital, a été condamné, le 23 avril courant, à six jours de prison et à cent francs d'amende, pour exercice illégal de la médecine, par le Tribunal correctionnel d'Albertville, avec application de la loi Bérenger. Inclinons-nous devant les décisions de la justice, malgré les vifs regrets de nos populations qui avaient parfois plus de confiance dans l'empirisme des rebouteurs que dans la science des guérisseurs patentés. Puisse la loi d'assistance médicale pour les indigents de nos campagnes ne pas demeurer une lettre morte !

Vœ miseris !

— *Concours d'internat.* — 1° Le 29 juin prochain pour 4 places d'interne titulaire et 5 places d'interne provisoire, à l'hôpital Saint-Joseph, 5, rue Pierre-Larousse, Paris. — *S'adresser pour renseignements* à M. le Dr Tison et aux autres chefs de service. — 2° le 10 juin prochain pour cinq places d'interne en médecine à l'hôpital de Versailles. S'adresser, avant le 5 juin, à M. Burgard, directeur de l'hôpital, de 8 heures du matin à 2 heures du soir.

— *Le massage dans l'armée.* — Le ministre de la Guerre a décidé la création de trois centres d'instruction pour former des infirmiers masseurs.

Les hôpitaux du Val-de-Grâce, à Paris ; Desgenettes, à Lyon, et du Dey, à Alger, recevront les infirmiers choisis. La période d'instruction durera six semaines.

— *Le choléra en Egypte.* — Le Comité consultatif d'hygiène publique de France, en réponse aux bruits alarmants mis en circulation sur l'émigration en France de nombreux Egyptiens fuyant le choléra, a rédigé un communiqué d'où il résulte que, depuis la constatation cholérique en Egypte, au mois d'octobre dernier, l'administration sanitaire française n'a cessé d'exercer la surveillance la plus attentive sur les provenances de cette région, notamment dans les ports de la Méditerranée.

Le port d'Alexandrie est considéré comme contaminé et les dispositions du règlement sanitaire sont appliquées à l'arrivée des navires, suivant les conditions sanitaires dans lesquelles ils se présentent. Ces dispositions comprennent, en tout état, la visite médicale des passagers et de l'équipage et la désinfection des objets susceptibles de transmettre les germes de la maladie.

— *Questions d'hygiène publique.* — Le Conseil général de l'Hérault a émis le vœu qu'une loi fasse aux communes qui comptent plus de 5.000 habitants l'obligation d'avoir une ou plusieurs crèches.

— Il existe à Rotterdam et à Anvers de vastes et importantes usines où les chevaux invalides des omnibus de Londres sont transformés en excellentes conserves de bœuf et détaillés sur le continent dans des boîtes revêtues d'étiquettes américaines. Cette industrie absorbe, paraît-il, plus de 26,000 chevaux par an.

— Une ligue se forme, actuellement, entre les sociétés anglaises de tempérance à l'effet d'obtenir des pouvoirs publics une loi interdisant la vente de l'absinthe. Il faut reconnaître que cette liqueur a fait là-bas d'inquiétants progrès. Il y dix-huit ans environ, l'absinthe n'existait pas à Londres. On en servait seulement dans quelques grands établissements du quartier français. Encore le consommateur qui se hasardait à en demander ne tardait-il pas à devenir le point de mire de ses voisins angalis. Boire de l'absinthe ! Ingurgiter cette liqueur affreusement colorée qui ressemblait à une infusion de vert-de-gris ! Les Londoniens avaient même inventé un sobriquet pour l'absinthe ; ils l'appelaient le « poison français ». Aujourd'hui, l'absinthe se débite dans presque tous les quartiers de Londres. (*Progrès médical.*)

— La Société l'Optique, bien connue par ses expériences sur les *Rayons X* de Roëntgen, a ouvert dans ses locaux, 18, *rue Le Peletier*, un cabinet *d'endographie*, c'est-à-dire de phothographie des affections internes et lésions du système osseux, avec salles d'opérations photographiques et laboratoires. On reçoit toutes les personnes adressées par les médecins ou les chirurgiens, avec l'indication professionnelle de la partie du corps qui doit être endographiée.

La Société se tiendra à la disposition de MM. les Docteurs pour toute opération à domicile.

Notre confrère la *Médecine Moderne* vient d'ouvrir aussi un cabinet photographique du même genre, 104, boulevard Saint-Germain.

— Sous ce titre : *Uranisme et Unisexualité*, M. Marc-André Raffalovich vient de publier, dans la *Bibliothèque de criminologie*, une étude sur différentes manifestations de l'instinct sexuel.

Jusqu'ici ces questions avaient été traitées au point de vue scientifique par les médecins légistes, et les traités de Casper et de Tardieu, sur les attentats aux mœurs, avaient indiqué ce problème que devaient préciser plus tard Kraft-Ebing et Chevalier. Ces derniers surtout avaient fixé les aberrations, les perversions, les impulsions ou les actes qui montrent un état mental défectueux.

Le mérite de M. Raffalovich est d'avoir étudié ces faits en psychologue, insistant sur l'inversion sexuelle congénitale ou uranisme, tirant les exemples les plus curieux de l'histoire.

Il n'y a pas de lecture plus troublante et plus instructive, et en voyant classer et préciser ces faits si étranges, on explique une partie de la criminalité. Pour les médecins et légistes c'est un livre indispensable. — 1 volume in-8° de la Bibliothèque de Criminalogie, rel. perc. ang. 8 fr. Paris, Masson et Cᵉ, Lyon. A. Storck.

— Vient de paraître à la librairie Maloine, 21 place de l'Ecole de Médecine, un intéressant ouvrage de M. le Dʳ Fernand Levillain, sur la *Neurasthénie de Beard et les états neurasthéniformes*. (Prix 4 fr.)

— Le même éditeur publie aussi cette année le *Formulaire de Vienne*, traduit de l'allemand par le Dʳ Samuel Bernheim. (Prix 2 fr.)

— *Récompense*. — Le ministre de l'intérieur a décerné une *médaille d'argent* à M. le Dʳ Gauthier (de Luxeuil) en récompense du dévouement dont il a fait preuve au cours des épidémies de fièvre typhoïde et de diphthérie qui ont sévi à Luxeuil.

M. le Dʳ Gauthier est un des plus anciens membres du Concours médical, et nous sommes heureux de lui adresser en cette circonstance nos félicitations.

— *Création de nouveaux postes d'ambulances urbaines à Paris.* — Le Conseil municipal, conformément aux conclusions d'un rapport présenté par M. Strauss sur ce sujet, vient de décider, en même temps que l'amélioration du poste d'ambulance urbaine de l'hôpital Saint-Louis, la création de deux nouveaux postes qui seront situés l'un rue Domat (rive gauche), l'autre rue Caulaincourt (rive droite) ; à côté de ce dernier poste sera établie, en outre, une station d'ambulances municipales.

Il sera installé dans Paris des avertisseurs d'accidents destinés à assurer d'une façon permanente aux blessés et aux victimes de la rue des secours aussi rapides que possible.

Une commission de dix-sept membres — comprenant, entre autres, cinq membres du corps médical choisis par le Conseil municipal — sera chargée de l'examen de toutes les questions techniques concernant le service du transport des malades et des blessés.

Enfin, pour donner plus d'efficacité à cette réorganisation des secours, l'administration de l'Assistance publique est invitée à soumettre à l'assemblée communale un projet soit d'hôpitaux dits de prompt secours et situés l'un sur la rive droite, l'autre sur la rive gauche, soit de salles d'opérations affectées au même usage dans les hôpitaux existants.

Le Conseil se propose aussi de demander ultérieurement la création de nouveaux postes d'ambulances dans le voisinage de l'hôpital Tenon, au marché Saint-Honoré et sur l'emplacement des anciens abattoirs de Villejuif, de manière à établir pour Paris un réseau complet d'ambulances urbaines.

— *Enseignement élémentaire de la Gynécologie et des maladies vénériennes.* — MM. les Médecins et Chirurgiens de l'infirmerie spéciale de la Maison de Saint-Lazare feront, deux fois par an, une série de leçons élémentaires sur la gynécologie, la vénéréologie et la syphiligraphie. Chacune des trois parties du cours comprendra six leçons ; les leçons auront lieu trois fois par semaine : le cours entier durera donc un mois et demi. Le cours d'hiver sera fait par MM. Le Blond, Verchère. Julien et Ozenne ; le cours d'été, par MM. Chéron, Le Pileur, Barthélemy et Feulard. La date exacte d'ouverture de ces cours sera annoncée ultérieurement.

— *La goutte au point de vue de l'assurance sur la vie.* — Le Dʳ Marsh, directeur médical de la Compagnie américaine la Mutual-life, vient de publier un petit travail sur ce sujet, où nous relevons quelques détails intéressants.

C'est une règle, pour cette Compagnie, d'exclure de l'assurance tout sujet présentant des antécédents goutteux. Sur près de 300,000 polices, M. Marsh a trouvé, cependant, 48 cas de personnes atteintes de goutte et qui avaient été assurées, soit qu'il y eût doute sur leurs antécédents, soit que, depuis longtemps, aucun accès ne se fût produit, soit enfin pour quelque autre raison semblant atténuer les risques de l'assurance.

Or, même dans cette catégorie de cas choisis, la mortalité a été plus grande et la durée de la vie plus courte qu'on ne l'avait calculé. La surprime payée n'a pas pu couvrir le prix de l'assurance.

Les résultats fournis par les compagnies anglaises, dont l'expérience sur ce point est bien plus grande, sont les mêmes.

La conclusion de M. Marsh est donc que l'exclusion des goutteux est justifiée. Il admet cependant quelques exceptions : l'absence absolue de toute tendance héréditaire, l'apparition du premier accès après 30 ans, le petit nombre des accès, leur bénignité, l'absence de dépôts uriques dans l'urine, de gravelle et autres symptômes de lithiase.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année **N° 23** 6 Juin 1896

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Une maison de retraite pour les médecins.

L'idée de créer une maison de retraite pour les médecins ne date pas d'hier.

En 1880, le *Concours médical* en entretenait ses lecteurs, et, dès cette époque, le professeur Gosselin, dans une séance de la Société centrale de l'Association générale des médecins de France, proposait d'appuyer les efforts tentés dans ce but par M. Norbert Vuy.

Seulement, on ne se faisait aucune illusion sur les difficultés considérables qu'il faudrait vaincre.

L'année dernière, un de nos confrères du Midi, M. le Dr de Leisiou, reprenait cette idée, et lui donnait corps, en une intéressante étude adressée à notre Directeur.

Après avoir précisé le plus possible ses vues sur la marche à suivre dans l'organisation et le fonctionnement, notre confrère terminait par ces mots : « Ce projet, que j'ai l'honneur de vous « soumettre, n'est pas de réalisation facile : il « soulève de nombreuses et considérables objec- « tions, et je ne serais pas étonné qu'il fallût « vingt ans pour le faire aboutir, même avec la « persévérante énergie dont vous avez donné « tant de preuves. Mais qu'importe ? »

Ce sont précisément ces difficultés qui ont toujours empêché, jusqu'ici, le « Concours médical », de s'adonner à une tâche si laborieuse, qu'elle risquerait de nous absorber entièrement, aux dépens d'autres œuvres dont l'utilité générale nous paraissait mieux démontrée.

Mais un appel nouveau vient d'être adressé à tous les médecins par M. le Dr J. L. Mora, *rédacteur en chef des Nouveautés médicales, professeur de déontologie et d'hygiène?* qui réclame des adhésions et des avis.

Nous ne voudrions, pour rien au monde, décourager notre confrère, car le but qu'il désire poursuivre est excellent.

Cependant, nous ne devons pas lui cacher ce que nous avons appris, *par expérience*, sur cette question toujours restée à l'ordre du jour dans notre Société.

Ne songez pas, nous a-t-on dit d'abord, à baser cette œuvre sur les données habituelles des œuvres de pure prévoyance, avec cotisation et perspective d'un droit qui en résulterait. Vous n'obtiendriez qu'un nombre insignifiant d'adhésions, et, partant, des ressources budgétaires d'une insuffisance évidente.

Ne comptez pas non plus, ajoutait-on, sur l'espoir de réunir, dans notre maison de retraite des médecins qui, ayant de quoi vivre modestement, y rechercheraient le moyen d'échapper à leur isolement. A moins qu'ils ne soient infirmes ou malades, ils préféreront leur foyer, leurs habitudes, leur genre de vie, à l'existence en commun que vous leur offrirez, et qui ne va pas sans quelques sacrifices d'indépendance et de liberté individuelle. Tel sera le cas de ceux-là qui n'auraient d'autres ressources que les pensions militaires, ou la pension type de votre *caisse des retraites*, ou même l'indemnité de 1200 fr. de l'*Association amicale*.

Nous sommes prêts, disent d'autres confrères, à donner notre adhésion, mais celle-ci reste évidemment platonique, jusqu'au jour où, par la lecture des statuts, nous serons convaincus que l'œuvre est utile et viable.

Le plus grand nombre enfin, s'arrête épouvanté devant le calcul des dépenses nécessaires. Des millions pour créer, des centaines de mille francs pour entretenir !! Et il faut obtenir ces sommes de la philanthropie (car il est encore prématuré d'espérer que l'Etat, les départements, les communes reconnaissent sous peu, le *droit* de vieillir à l'abri du besoin, au médecin qui s'est dépensé tout entier à leur service et n'y a gagné que l'indifférence de ses obligés.) Or, la philanthropie a des limites, et la générosité confraternelle s'éveille bien difficilement, comme le rappelait dernièrement M. le Dr Grellety, en rendant compte de l'insuccès de son appel aux

riches médecins et chirurgiens de Paris, en faveur de la *Société de protection des victimes du devoir médical.*

Telles sont les réflexions qui nous furent toujours soumises, quand nous parlions de création d'une maison de retraite pour les médecins.

Si l'on observe que ce sont des objections préliminaires et que l'examen des détails d'un projet en soulève beaucoup d'autres, on ne pourra que féliciter avec nous M. le Dr Mora, de ne pas s'en laisser émouvoir outre mesure.

Audaces fortuna juvat.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le traitement de la syphilis par les injections de calomel.

On a beaucoup parlé et on parle encore beaucoup de la méthode de traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de calomel, ainsi que le préconisent le Dr Balzer et le Dr Jullien. Cette méthode a, en effet, une apparence mathématique qui séduit au premier abord ; mais les faits, comme le montre le Dr *Renault*, dans un récent article, semblent contredire cette apparence et imposer la plus grande prudence dans l'emploi d'une médication aussi intensive.

Avec les procédés anciens : pilules, liqueurs, frictions, et même injections solubles, on a la faculté de diriger le traitement, d'augmenter ou de diminuer les doses, suivant les indications, d'enrayer les accidents à la première alerte. Mais à dater du jour où une dose massive a été introduite dans l'économie, si des accidents graves se produisent, il faut se résigner à les contempler sans pouvoir y porter remède. Le médecin est frappé d'impuissance, à moins d'avoir recours à l'évacuation et au raclage du foyer ; mesure extrême dont aucun malade prévenu ne voudrait accepter le risque.

S'ensuit-il que ce procédé doive être rigoureusement frappé d'ostracisme et rejeté sans appel. Là serait l'exagération. Il faut se garder du parti pris, surtout en thérapeutique et s'efforcer d'envisager les faits avec la plus entière impartialité avant d'arrêter définitivement son jugement.

Il n'est pas douteux que les injections massives, les injections de calomel particulièrement, produisent des effets puissants, rapides, merveilleux en quelques cas, à en juger par les faits cités par MM. Jullien, Feulard et Thibierge à la dernière réunion de la Société dermatologique.

L'expérience a démontré qu'elles trouvent leurs indications :

1° A la période secondaire, contre les éruptions papulo-squameuses, très lentement influencées par la méthode stomacale. Il n'est pas rare de voir ces papulo-dermies persister pendant 6 à 8 mois, davantage même, quand elles occupent la paume des mains ou la plante des pieds, et qu'elles présentent le type improprement appelé psoriasis palmaire. Les malades réclament surtout une intervention énergique dans les cas où l'éruption, cohérente à la face, traduit trop clairement leur infortune.

2° A la période tertiaire, contre les syphilides qui récidivent avec une ténacité désespérante, ou qui même n'arrivent jamais à disparaître complètement sous l'influence d'autres traitements, en particulier contre les syphilides linguales et les glossites scléreuses.

Dans la communication qu'il a faite à la Société de dermatologie au mois de novembre, M. Feulard en a rapporté d'autres non moins intéressants. Un malade, syphilitique depuis 11 ans, atteint de syphilides palmaires, remontant presqu'au début de sa vérole et de syphilides linguales, a été guéri après deux injections de calomel, pratiquées à 9 jours d'intervalle. Antérieurement le mal avait résisté au proto-iodure, au sirop de Gibert et à l'iodure de

FEUILLETON

Les médecins et les femmes.

Dans le *Journal des Débats* du 29 janvier 1896, M. Augustin Filon a consacré un article à l'influence vraiment extraordinaire que le docteur Johnson avait prise sur la société anglaise de 1870. Il était pourtant monstrueusement laid, souvent sale et presque repoussant, ce qui ne l'empêchait pas de s'être en quelque sorte imposé comme guide et presque comme idole à une Société charmante et polie, dont il était le vivant contraste :

« Il fut élu comme le prophète et le chef spirituel de ce groupe social dont il nous semblait, à première vue, la condamnation vivante, l'antithèse criante et impitoyable.

« Il faisait constamment sentir aux femmes leur infériorité ; mais il avait beau leur dire qu'elles étaient de charmantes petites sottes et autres gentillesses du même genre, elles s'obstinaient à l'adorer. « C'est un homme bien séduisant », disait avec conviction une de ces hypnotisées. Elles formaient autour de lui, pour l'écouter, un cercle de quatre ou cinq rangs de profondeur. Et ce n'étaient pas seulement les « bas-bleus » qui faisaient ces folies ; partout où il allait, même succès. Les femmes de fermiers écossais buvaient ses paroles. Dans l'île de Skye, une jeune dame vint s'asseoir sur les genoux du docteur, lui passa les bras autour du cou et l'embrassa : « Recommencez, Madame, dit Johnson, nous verrons qui se lassera le premier de nous deux ! »

Du baby à la douairière, duchesse, comédienne et paysanne, toutes, sans exception, subissaient son charme.

Je ne quitterai pas le docteur Johnson, qui, après avoir connu des caresses où ne se glissait nulle concupiscence, cessa ridiculement d'être vertueux sur ses vieux jours, sans répéter avec son biographe : « Avis à ceux qui, marchant déjà sur la route qui descend, se laissent entraîner à ces aventures d'où l'on ne rapporte que meurtrissure de cœur et abaissement de l'esprit. »

Je recommande cette phrase aux méditations de ceux de mes lecteurs qui seraient tentés de jeter, tardivement, leur bonnet pointu par-dessus les instruments de même forme, qui figurent si majestueusement dans la cérémonie du *Malade imaginaire*.

Examinons maintenant, si, dans le corps médical, les séduisantes filles d'Eve jouent un rôle aussi important que dans la vie de notre voisin ; si la lai-

potassium : 6 grammes par jour pendant un mois.

On a vu encore les injections massives produire de merveilleux effets contre d'autres manifestations tertiaires, récidivant sans trêve ni relâche. Témoin ce malade, cité par M. Fournier à la séance de la Soc. dermat. du 30 janvier dernier et atteint d'exostoses crâniennes multiples, qui se montraient sans interruption depuis plusieurs années, malgré les traitements ordinaires. Quelques injections d'huile grise, pratiquées par M. le Dr Thibierge, en triomphèrent promptement. Il y eut récidive. De nouvelles injections maîtrisèrent encore le mal à brève échéance. Cette observation est trop nouvelle pour savoir si la guérison se maintiendra. Mais elle est fort intéressante à suivre. Car elle constituera un jalon, destiné à connaître les effets à longue portée des injections d'huile grise.

On cite enfin des cas graves de syphilis cérébrale, terrassés par les injections de mercure insoluble.

La conclusion de tout ceci, c'est que cette méthode trouve son indication formelle chaque fois qu'une mercurialisation intensive s'impose. On ne l'appliquera donc point aux syphilis moyennes, qui constituent la très grande majorité des véroles actuelles et s'effacent aisément à l'aide des préparations internes.

Est-ce à dire qu'il faille l'employer d'emblée, en présence de manifestations graves ou rebelles aux traitements par ingestion? Tel n'est pas l'avis de M. Renault.

Réserve faite des localisations cérébro-médullaires ou hépatiques, qui nécessitent une intervention immédiate et puissante, au risque des conséquences les plus graves, c'est aux frictions que l'on s'adressera d'abord, selon le sage précepte de M. le Dr Augagneur, de Lyon. N'oublions pas, en effet, que des frictions bien faites constituent une excellente méthode de mercurialisation, sans exposer aux dangers que nous connaissons des injections massives. Il importe que les téguments soient frottés jusqu'à épuisement de la masse mercurielle. Le remède produit alors des effets intensifs et comme accident à redouter, il n'y a guère que la stomatite, susceptible d'apparaître chez les sujets dont la dentition est mauvaise ou mal tenue.

A supposer que la médication n'ait pas donné les résultats attendus, on sera autorisé alors à recourir aux injections d'huile grise ou de calomel. Mais, encore un coup, il serait téméraire d'en user, en dehors des indications précédentes. Quant à les ériger en traitement ordinaire, en traitement usuel de la maladie, il serait dangereux d'émettre semblable conclusion, tant qu'il ne sera pas démontré par des observations suffisamment nombreuses et assez longuement suivies, que ces injections jugulent, pour ainsi dire, la syphilis dans la majorité des cas.

Traitement des sueurs des phthisiques.

Le *Journal des Praticiens* conseille d'avoir recours au traitement suivant, lorsque le sulfate d'atropine, l'agaric blanc, le phosphate de chaux tribasique, l'acide camphorique, l'hydrastis canadensis auront échoué contre les sueurs des phthisiques :

Donner, deux fois par jour, le soir de préférence, une des pilules suivantes :

Acétate de plomb cristallisé...... 0,10 centigr.
Pour 1 pilule.

Ou bien encore, selon la formule suivante, qui nous a donné, dans quelques cas, de bons résultats :

Acétate de plomb........... } āā 0,05 centigr.
Poudre de digitale.......... }
Extrait de belladone........ 0,01 —
Pour 1 pilule.

En donner quatre par jour.

---

deur y est aussi bien accueillie, aussi fêtée que de l'autre côté de la Manche.

Je commence par protester contre l'opinion fantaisiste d'une certaine catégorie de viveurs, qui n'ont pour but que le plaisir et se figurent volontiers que nos cabinets de consultations constituent des sortes de sanctuaires dédiés à Vénus et sont témoins des scènes orgiaques les plus raffinées. — N'a-t-on pas écrit une diatribe contre les professions à verroux, celles où le titulaire peut s'enfermer à double tour chez lui, avec les clientes les plus capiteuses, qui s'emploieraient de tout leur corps à les distraire de leurs graves occupations, sans que personne ait le droit de s'en offusquer : mystère et sécurité, pensent ces clubmen sensuels, en se passant la langue sur les lèvres. — On dirait vraiment que les médecins, comme les avocats, les avoués et autres professionnels aux discrètes allures, n'ont pas d'autre objectif que de cueillir des pommes et de conjuguer le verbe aimer. — Il faudrait être rudement solide pour y résister. Leur santé, encore plus que leur intérêt, le leur défend, alors même qu'ils auraient les facilités les plus exceptionnelles, alors même que leur physique avantageux et leur belle situation les désigneraient particulièrement à l'attention des détraquées en quête de chair fraîche.

Eh bien! la conduite exemplaire de ces derniers, qui laisse si rarement à désirer, est la meilleure réponse qu'on puisse faire à nos détracteurs ; ce qui prouve une fois de plus que le dévergondage tient uniquement à l'individu et nullement à la profession qu'il exerce. — Les facilités mêmes, qu'ils sont censés avoir, sont plutôt faites pour les cuirasser et les rendre invulnérables, que pour les induire en tentation. On montre trop au médecin pour qu'il s'emballe ; il n'y a plus d'imprévu pour lui. Le nu est chaste, tout le monde le sait, tandis qu'il y a des décolletages savants et des collants aphrodisiaques d'un effet supérieur à tous les élixirs de Brown-Séquard, l'imagination allant toujours plus loin que la réalité.

C'est pour ce motif, que les avocats et les avoués, qui ont la spécialité des divorcées, lesquelles sont au moins bien portantes, que les prêtres obsédés par des hystériques, grands enfants sans défense, sont certainement plus exposés à s'enflammer et auraient beaucoup moins de réserve, d'après ce qu'on m'a raconté.

Ah! parbleu, il y a des débutants, célibataires sans dérivatifs, au nid désert, qui ne restent pas toujours insensibles aux offres de service, complaisantes et empressées, qui les sollicitent. — Dans les *Gaietés de la Médecine*, il est question d'un jouven-

Dans quelques circonstances, il pourra être utile d'associer l'acétate de plomb à l'opium et à la scille, si l'élimination urinaire est quelque peu entravée. On pourra formuler ainsi :

Acétate de plomb cristallisé. } Poudre de scille............ }	àâ 0,04 centigr.
Extrait d'opium.............	0,01 —

Pour 1 pilule.

En prendre cinq par jour, le soir.

Nous ne pensons pas que cette médication réussisse toujours contre les sueurs nocturnes des phtisiques ; mais le fait de l'avoir vu réussir dans quelques cas où l'on était à bout de médicament, mérite d'être signalé aux praticiens.

L'Acétate de plomb cristallisé existe sous forme de petits cristaux blancs, inodores, d'une saveur sucrée astringente, avec arrière-goût métallique. Gubler avait déjà remarqué qu'à faible dose il diminue la sueur et les autres sécrétions, qu'il ralentit le pouls, abaisse la température et combat la tendance aux hémorrhagies. Bien qu'il ne soit pas d'un emploi courant à cause des accidents de saturnisme chronique qu'il pourrait occasionner, s'il est pris pendant trop longtemps ou à trop forte dose, il peut néanmoins rendre de réels services dans quelques cas particuliers où toute autre médication aurait échoué. Il paraît surtout agir comme antisudoral, antithermique, mais son efficacité dans l'hémoptysie nous paraît douteuse, ainsi qu'à Nothnagel et Rossbach.

Le traitement de la phlébite par les eaux minéro-thermales.

M. le D[r] *Barrabé*, de Domfront, nous communique les résultats remarquables qu'il a obtenus par la médication minéro-thermale, dans les cas de phlébite infectieuse puerpérale ou typhique, et de phlébite variqueuse.

Les eaux minérales légèrement silicatées et chlorurées sodiques, d'une température de 25 à 30 degrés centigrades, ont un effet indiscutable sur la cure des phlébites et M. Barrabé croit pouvoir émettre l'avis que ces effets salutaires sont dus :

A leur action stimulante, commune à toutes les Eaux minérales de minéralisation analogue, qui détermine sur l'organisme une excitation dont la résultante est, suivant l'expression de Bordeu, un remontement général, un effet tonique sur la peau et l'ensemble de la constitution, réveillant la vitalité des tissus, et favorisant le développement de canaux de dérivation pour suppléer à l'insuffisance du canal veineux malade ;

A leur thermalité, qui par son action révulsive sur la peau rend la circulation périphérique plus vive, la circulation générale meilleure et facilite par conséquent la déplétion du système veineux ;

A leur action sédative, sur les nerfs souscutanés se transmettant au grand sympathique et facilitant ainsi la circulation en retour par la dilatation des vaisseaux, action provoquée surtout par la longue durée du bain, et qui produit une activité plus grande dans les échanges nutritifs, et par suite la résorption plus rapide des exsudats inflammatoires déposés dans les tuniques veineuses ;

A leur composition chimique, par la diminution de la tendance du sang à la plasticité, qui est le résultat de leur usage ;

A leur action diurétique et éliminatrice de l'acide urique et des urates, par son influence salutaire sur la diathèse arthritique, qui constitue un terrain de prédilection pour le développement des phlébites.

Habituellement, la thérapeutique consiste dans l'usage de l'Eau thermale en boisson, et dans l'emploi journalier de grands bains tempérés d'Eau minérale plus ou moins prolongés ; et généralement une, deux, quelquefois trois cures suffisent pour obtenir la cessation des douleurs,

---

ceau frais émoulu de l'école, qui, stimulé par les performances et les appâts marmoréens d'une créature de luxure et de perdition, matérielle à souhait et rebondie à ravir, ne tarde pas, sa consultation terminée, à palper largement ses premiers honoraires : sa main lascive s'égare !...

— Voyons, soyez sage, lui dit sa cliente, aux prunelles consentantes. — Et vous, soyez bonne, reprend l'Esculape, que votre jambe gauche ignore ce que fait ma main droite !

On connaît aussi, le joli sonnet, où un jeune gynécologiste, après avoir pratiqué une cautérisation utérine, après s'être rendu compte « des abîmes d'inconnu et de mystère qui, chez toute femme, échappent à l'intimité la plus révélatrice », finit par être vaincu par les relents de péché qui s'exhalent de la riche nature de la patiente et se met à adorer ce qu'il avait brûlé.

Ce sont là, feux de paille et l'inexpérience peut seule expliquer ces entraînements irréfléchis. Puisqu'ils sont encore libres et ne profitent de la bienveillance que de personnes également libres, on comprend que leur vie n'ait rien de monacal. Du moment qu'ils ne cherchent pas à porter atteinte à la vertu austère des matrones, qui descendent en ligne plus ou moins directe de Lucrèce ou de Cornélie, mère des Gracques, on ne saurait leur reprocher trop sévèrement de chercher à remédier à notre déchéance progénitale, de s'exercer au sport de la puériculture, dans un but patriotique. — On ne peut pas leur demander, après tout, d'imiter Combabus, favori d'un roi assyrien, qui fut choisi par ce souverain pour accompagner la reine Stratonice, dans un pèlerinage que celle-ci voulait faire et qui ne devait pas durer moins de deux ou trois ans.

Prévoyant que les courtisans ne manqueraient pas de profiter d'une pareille circonstance pour le perdre et qu'on l'accuserait auprès de son maître d'avoir séduit la reine, il se fit enlever les organes génitaux externes, mit les pièces dans une boîte qu'il scella et confia au roi en dépôt.

Ce qu'il avait prévu ne manqua pas d'arriver ; de prétendus témoins assurèrent même l'avoir vu en conversation criminelle avec la reine. On l'aurait conduit au supplice, si le roi n'avait pas eu en mains propres la preuve trop certaine de son innocence.

J'ai tenu à faire la part du feu, en reconnaissant que, dans leur prime jeunesse, les médecins ne sont pas toujours incombustibles ; mais ils sont obligés à la plus grande réserve, si surtout ils ont des liens de parenté avec Adonis ou Antinoüs. S'ils avaient la moindre aventure retentissante, tous les intérieurs se fermeraient devant eux, et

la disparition de l'œdème, la désobstruction du système veineux, et son retour à l'état normal ou son remplacement par le développement d'une circulation complémentaire.

Les douches sont contre-indiquées dans le traitement des phlébites ; s'il est vrai qu'elles peuvent rendre des services, lorsqu'il s'agit d'augmenter la pression intra-vasculaire et de combattre les stases veineuses, dépendant de la faiblesse ou de l'impuissance de l'organe central de la circulation, elles sont dangereuses dans la phlébite, car elles constituent un massage aveugle, qui fera progresser et déplacer le caillot oblitérant le réseau veineux, et elles feront ainsi courir aux malades les dangers de l'embolie pulmonaire ; enfin, nous ajouterons qu'elles pourraient provoquer de nouvelles poussées inflammatoires.

Nous ferons toutefois une réserve pour la douche en pluie générale ou le long du membre malade, d'une durée de quelques minutes, à la même température que le bain et le précédant ; dans tous les cas, l'usage n'en paraît indiqué que dans les phlébites rhumatismales et de date ancienne, et non dans les phlébites de nature infectieuse. Ce genre de douche ne doit consister qu'en un simple arrosage et avec la pression la plus minime.

Le massage, alors même qu'il serait exécuté par les mains les plus expérimentées, paraît également présenter les plus grands dangers et doit être banni de la cure ; la même observation s'applique à l'électrisation soit par courants continus, soit par courants interrompus.

CLINIQUE DES VOIES URINAIRES

Traitement de la blennorrhagie aiguë.

La blennorrhagie aiguë chez l'homme est assez fréquente et offre des complications générales et locales assez sérieuses, pour qu'on puisse la considérer comme une maladie grave pour l'individu, qui en est atteint. Elle se trouve à l'origine d'une foule d'affections génito-urinaires chez l'homme, et joue, chez la femme, un rôle néfaste dans la pathologie de l'utérus et de ses annexes. Il faut donc traiter la blennorrhagie dès le début, et jusqu'à sa guérison complète, en suivant une méthode rationnelle, basée sur les données positives fournies par la bactériologie et la clinique. C'est ce traitement qui a été fort bien exposé par le docteur Guiard, dans son livre sur l'affection qui nous occupe.

Cet auteur s'est attaché à démontrer tout d'abord certains points très importants, notamment : que le gonocoque agent spécifique de la blennorrhagie avait déjà très profondément pénétré dans l'épaisseur de la paroi uréthrale pendant l'incubation et rendait ainsi inutile tout traitement abortif du moment où l'écoulement apparaissait ; que les blennorrhagies les plus franchement aiguës étaient celles qui résistaient le moins au traitement ; que, pour toutes ces raisons, l'ancien traitement empirique était le plus rationnel, traitement qui commence par la médication antiphlogistique, continue par les balsamiques et se termine par les injections. On a trop délaissé cette méthode, magistralement décrite par le professeur Fournier.

Cependant, dans ces dernières années, un nouveau traitement est survenu, essayant, non pas d'atteindre directement le gonocoque trop profondément entré dans la muqueuse, mais d'imprégner celle-ci de liquides antiseptiques défavorables à son développement. C'est ainsi que le docteur Janet a vulgarisé les grands lavages de l'urèthre au permanganate de potasse. Mais cela exige un outillage et un temps que médecins et patients n'ont pas toujours, dans la vie courante.

Deux grandes méthodes se trouvent donc en présence pour le traitement de la blennorrhagie

---

pour se mettre à l'abri du danger, on s'empresserait d'établir, autour de ces coquebins en mal d'amour, un cordon sanitaire infranchissable. — Comme ils en ont conscience, ils se hâtent, lorsqu'ils sont ambitieux et veulent réussir, de prendre un paratonnerre matrimonial.

Les épouseuses les guettent et elles ont vite fait de les immobiliser dans une brillante situation. Les demoiselles Poirier, qui ont payé fort cher la satisfaction d'être leurs compagnes, sont généralement jalouses et veillent avec une sollicitude touchante sur leur précieux trésor. Défense d'y toucher, écriraient-elles volontiers sur un écriteau, et le fait est qu'on n'y touche guère. — Le seigneur et maître de chacune de ces dames, qu'il soit suffisamment absorbé par ses recherches, par ses visites ou qu'il tienne à ne pas dégrader prématurément son physique, se contente parfaitement du pot-au-feu conjugal, du menu domestique qui est du moins sain, s'il n'est pas excitant, sans se laisser tenter ailleurs par une cuisine plus épicée.

Les joies paisibles de la vie bourgeoise et régulière ne s'imposent-elles pas à tous ceux qui travaillent sérieusement et ont une profession absorbante ?

Il m'est difficile de dire des noms ; mais rassemblez vos souvenirs et vous constaterez avec ensemble que le ravissant P..., le superbe D..., toujours si bien pommadé, et bien d'autres beaux seigneurs, de plus ou moins grande importance, ont bien rarement fourni prétexe à glose, à scandale, aux gazettes mondaines.

S'il en est ainsi, me dira-t-on, les plus disgraciés, précisément parce qu'ils inspirent moins de défiance, seraient plus exposés que les autres, d'après vous, à subir les libidineux assauts de la galanterie et à y succomber. C'est une compensation qui leur serait peut-être due. J'ignore s'il y en a qui profitent de quelques bonnes fortunes, trop faciles, je le répète, pour être vraiment alléchantes ; mais ce dont je suis sûr, c'est que le plus grand nombre, sans avoir jamais été gâtés, se tiennent sur la défensive et abandonnent aux désœuvrés, aux naïfs, les prétendues ivresses, qui peuvent s'acheter à prix fixes à tous les coins de rues.

Du moment qu'ils font de moins beaux mariages que les autres, ils ont plus à veiller sur leur patrimoine, ils ont besoin de lutter, de faire de louables efforts pour s'imposer.

Il faut qu'ils aient une grande réputation, une notoriété bien assise, comme l'un de nos grands opérateurs, d'une laideur remarquable, qui a cependant été épousé par une grande dame, pour faire des conquêtes.

aiguë chez l'homme : 1° *Le traitement ancien, dit méthodique.* 2° *Le traitement plus récent des lavages au permanganate de potasse.* Etudions-les en détail.

Le traitement méthodique demande, tout d'abord, une hygiène particulière, qui doit être respectée, même quelques temps après la disparition des accidents. Elle concerne surtout le régime ; il faut supprimer d'une manière générale tous les excitants, principalement le vin pur, les liqueurs, la bière, le thé et le café ; le gibier, les crustacés et les mollusques, les salaisons, les asperges et le céleri. De plus, comme dans toutes les inflammations, il faut prescrire le repos, local et général ; éviter par conséquent tout rapport sexuel, toute excitation génitale, faire usage d'un suspensoir ; ne pas abuser de la marche, supprimer les pratiques de sport, les exercices violents et particulièrement l'usage de la bicyclette, détail qui a son importance aujourd'hui. Tout en faisant respecter scrupuleusement cette hygiène, le médecin traitant applique le traitement proprement dit qui se résume ainsi : dans la première période, dite aiguë : médication antiphlogistique ; dans une deuxième période, les balsamiques; dans une troisième période, les injections, qui ne seront nécessaires que si les moyens précédents n'ont pas fait cesser l'écoulement.

La médication antiphlogistique a pour but de modérer l'inflammation et non de la supprimer ; « le secret est de laisser couler », si l'on veut obtenir une guérison prompte et complète. Il n'est pas toujours facile de l'obtenir du malade, qui est désireux de voir tarir au plus tôt son écoulement. On prescrit donc uniquement des bains généraux chauds, de trois quarts d'heure et quotidiens, et une tisane émolliente quelconque telle que l'orge, la graine de lin, les queues de cerises, à laquelle on ajoute 1 gramme de bicarbonate de soude par verre. Le malade prendra 1 litre 1/2 ou 2 de tisane dans les vingt-quatre heures. M. Balzer prescrit une limonade au citron dans laquelle on ajoute, par litre, deux cuillerées à café d'une poudre composée de quarante grammes de bicarbonate de soude pour dix grammes de salicylate de soude. Les mictions ne tardent pas à devenir moins douloureuses et les érections moins fréquentes. Un moyen très simple d'éviter, dans les premiers jours, la douleur de la miction est d'uriner la verge plongée dans un verre d'eau très froide. On sera quelquefois obligé d'appliquer sur le périnée, et non sur les bourses, quinze ou vingt sangues. Cette saignée est le meilleur sédatif.

Contre les érections, les bains généraux, les ablutions froides, l'usage d'un lit dur, le décubitus sur le côté sont des moyens qui ne suffisent pas toujours ; il faut alors prescrire, à l'exclusion de tout autre médicament, l'opium associé ou non à l'antipyrine, soit sous forme de lavement : dans 50 grammes d'eau chaude, faire dissoudre deux grammes d'antipyrine et ajouter quinze gouttes de laudanum. Ce lavement est pris le soir en se couchant ; il est bon de le faire précéder d'une injection rectale évacuante. L'injection de morphine, dont on doit toujours se défier, sera réservée pour les cas exceptionnels. A la place du lavement, le malade pourra faire usage, le soir en se couchant, deux ou trois heures après son repas, d'un suppositoire ainsi composé :

Chlorhydrate de morphine..	8 à 10 milligram.
Extrait de belladone.........	2 à 3 centigr.
Extrait thébaïque...........	2 à 3 centigr.
Beurre de cacao.............	2 grammes.

Sous l'influence de ce traitement, les symptômes s'amendent, et la médication suppressive par les balsamiques, va pouvoir lui succéder. Mais à quel moment est-il indiqué de supprimer l'écoulement ? Les auteurs ont fixé un nombre de jours très différents; il ne pouvait en être autrement, car l'intensité de l'infection, la nature

---

On dit qu'il y a des vétérans, sur le point de prendre leurs invalides, qui voient approcher avec désespoir le temps où la continence de Scipion leur deviendra facile ; ils auraient, paraît-il, des rappels singuliers de jeunesse ; mais les regrets séniles de cet été de la Saint-Martin, dont l'éclat ne saurait être que de courte durée, ne peuvent que faire sourire ; ils sont aussi exceptionnels que peu redoutables. C'est l'histoire des grandes manœuvres, en temps de paix, il y a plus de bruit que de besogne et pas de victimes.

Tout ce tapage ne dure que l'espace de quelques matins, ou de quelques soirs.

En somme, les nécessités absorbantes de la profession obligent ceux qui l'ont embrassée à n'abuser de rien, à rester dans la règle, dans la norme, à être même supérieurs à la moyenne. C'est vrai, même pour les jeunes internes, dont beaucoup ne consacrent qu'une soirée par semaine à Vénus, tandis qu'on a jugé prudent d'octroyer aux élèves de l'Ecole polytechnique des sorties bi-hebdomadaires, le mercredi et le dimanche.

Les savants de tout ordre ont absolument besoin de paix intérieure ; loin de rechercher les aventures, d'être le jouet de leurs sens, ils sont obligés de préférer la vertu à la volupté et de se confiner dans leur *home*, tout embaumé du charme pénétrant d'une compagne dévouée et d'enfants respectueux. L'amour-passion, avec ses affres ou ses ivresses, leur est interdit. — Sans cela, impossible de creuser son sillon, de poursuivre de laborieuses recherches, de percer, de s'imposer à sa génération et à ses rivaux.

Voyez-vous Littré, Claude Bernard, Chevreul et autres entre les pattes d'une Circé quelconque, agir comme un collégien sentimental avec une grisette.

Leur lumineux cerveau aurait évidemment été obnubilé et leur nom n'aurait certainement point passé à la postérité.

Je suppose bien qu'ils n'ont pas toujours été des petits saints, et que, dans la force de l'âge, ils ont cédé à l'instinct, aux appels physiologiques de la nature ; mais le plaisir n'a tenu qu'une place tout à fait secondaire dans leur vie ; c'était pour eux l'accessoire et non le principal, comme pour les gens du monde, qui ne connaissent pas les salutaires dérivatifs du travail et de l'étude.

« Dans une société harmonique, a dit Richepin, chacun donne ce qu'il peut : un artiste, un savant, qui est tout cerveau, enrichit le patrimoine commun de sa production cérébrale. Des idées, du beau, des sensations neuves, voilà ses enfants, à défaut d'autres. Certes, il vaudrait mieux que l'homme de génie fût un homme complet, qu'il eût la force

du terrain varient avec chaque individu. Il vaut mieux s'en rapporter aux signes cliniques et commencer l'usage des balsamiques quand la miction n'est presque plus douloureuse, que les érections sont plus rares et moins pénibles, quand les lèvres du méat ne sont plus ni rouges, ni boursouflées, quand enfin l'écoulement devient moins abondant et moins épais. Ces signes sont évidemment relatifs, mais leur ensemble est assez frappant pour permettre le choix opportun de la médication suppressive. Un bon signe a été donné par Diday : il saisissait une goutte de pus entre deux doigts, qu'il écartait ; si le pus s'étirait à environ 1 centimètre, c'est qu'il était assez filant, assez clair pour qu'on pût supprimer l'écoulement. En moyenne, c'est du dixième au vingt et unième jour que l'on prescrit les balsamiques, c'est-à-dire soit le copahu, soit le cubèbe ou l'essence de santal, de préférence à la térébenthine, au goudron, etc.. On prescrit ces substances sous la forme d'opiats ou sous celle de capsules. Les opiats contiennent en général 1 partie de copahu pour deux de cubèbe. Voici une formule donnée par M. Guiard :

Copahu......................	1 gramme
Cubèbe fraichement pulvérisé	2 grammes
Essence de menthe..........	1 goutte
Ou cachou..................	15 centigr.

Le malade prendra 6 ou 8 bols semblables par 24 heures.

Les capsules contiennent 0,40 centigr. d'extrait hydro-alcoolique éthéré de cubèbe ou d'essence de santal ; on en prescrira de 8 à 10 dans les vingt-quatre heures.

L'essentiel, dans l'emploi des balsamiques, est de prescrire, d'emblée, une dose assez élevée comme celles ci-dessus ; l'écoulement se tarit alors en deux ou trois jours ; le microscope constate dans le pus la diminution progressive des gonocoques. Les balsamiques sont continués au moins une semaine après la disparition de l'écoulement.

Mais cette médication n'est pas toujours aussi favorable, et les balsamiques sont quelquefois impuissants à faire disparaître l'écoulement ; il faut alors avoir recours à un traitement local sous forme soit d'injections, soit d'instillations, soit enfin de grands lavages.

Les injections ne doivent être ordonnées et commencées que huit jours au moins après l'administration de balsamiques. Comme il est démontré aujourd'hui que 9 fois sur 10, la propagation de l'infection à l'urètre postérieur est un fait accompli, dès la fin de la première semaine, on n'a pas à redouter de provoquer cette complication par la quantité de liquide injecté. Bien au contraire, pour réaliser un traitement complet, poursuivre le gonocoque partout où il est, il est essentiel d'injecter, de laver l'urètre postérieur, en un mot de faire entrer dans le canal une quantité de liquide suffisante. Cependant il faut au préalable chercher et savoir, grâce aux signes cliniques bien connus, si l'urètre postérieur est envahi. Dans l'urétrite postérieure, rappelons qu'il se produit de temps en temps l'apparition brusque d'un flot purulent, pus sécrété par la région prostatique et accumulé derrière le sphincter membraneux ; que les besoins sont plus fréquents, que la douleur à la miction s'accroît au moment de l'expulsion des dernières gouttes d'urine et se prolonge quelques minutes après ; qu'il existe enfin fréquemment une tension douloureuse irradiée au périnée et du ténesme rectal.

Dans le cas d'uréthrite antérieure, c'est l'injection banale que tout praticien sait faire, que les malades eux-mêmes pratiquent sans difficulté. Mais quand il y a uréthrite postérieure, il faut remplir certaines conditions pour laver tout le canal. Il faut avoir une seringue uréthrale d'une capacité de 20 grammes, en verre, dont la canule faisant partie du corps de pompe puisse entrer

---

de se propager physiquement, aussi bien qu'intellectuellement. Mais enfin, il paie quand même sa quote-part d'altruisme et il n'a pas figure de déserteur, même lorsqu'il est sans descendance. »

La science est en fin de compte une maîtresse absorbante et autrement captivante que les poupées frivoles, que les héroïnes illettrées, sans orthographe, ou sans plastique, dont les séductions charnelles sont si rarement complétées par quelques qualités intellectuelles.

Pas d'âme, pas de conscience, la plupart du temps ; ce serait de la démence de renoncer à l'une pour l'autre, ou les autres ; on ne pourrait que perdre au change.

Hercule a eu tort de filer longtemps aux pieds d'Omphale, et Dalila a fait cruellement expier à Samson sa courte faiblesse.

Admettons qu'il y ait quelques brebis galeuses dans nos rangs ; il n'y a pas lieu d'en rendre la masse responsable, pas plus que les tripotages et vices d'une douzaine de journalistes ou de députés ne sont la preuve de la contamination générale, du manque de sens moral de tous les Français.

Vous voudrez bien remarquer que dans tout ce qui précède, je n'ai expliqué la retenue obligatoire de mes confrères que par des motifs tout prosaïques. Pour ne pas avoir l'air d'être prudhommesque et de poser pour la vertu, je n'ai pas invoqué à dessein le frein moral qui sert de règle, à n'en pas douter, à la généralité de mon frère en Hippocrate. — Certainement, par dignité, par honorabilité, par droiture de caractère, pour mériter la confiance qu'on leur accorde, ces justes, fussent-ils encore pleins de verdeur, savent passer sans peur et sans reproches, le regard serein, au milieu des écueils les plus redoutables. — Peut-être l'habitude finit-elle par les aguerrir et émousser leurs sens ; mais c'est dans le sentiment de leur devoir qu'ils trouvent leur principale force et c'est avec une certaine fierté qu'ils peuvent plus tard, à l'heure du déclin, en savourant le miel des souvenirs, se féliciter de n'avoir jamais porté de trouble dans les familles et d'avoir conquis l'estime de tous ceux qui les ont approchés.

....

Ceci était bon à rappeler, au moment où la calomnie et les basses délations tendent à avilir tant d'autres professions, au moment où tant d'individualités jusqu'ici considérées s'effondrent dans la boue, au moment où de vils scribes, pour faire monter le tirage d'un journal, s'efforcent de salir tout ce qui reste encore de noble et d'élevé dans notre chère France !

Dr GRELLETY (de Vichy).

facilement dans le méat et en produire l'occlusion complète sous une faible pression. Le piston doit fonctionner avec douceur. Le Dr Guiard a fait construire une seringue répondant à ces desiderata ; elle est accompagnée d'une éprouvette contenant un liquide antiseptique dans lequel elle est plongée dans l'intervalle des injections.

Quand l'urèthre antérieur est distendu, le sphincter se contracte et on éprouve une résistance qui est rarement très forte. Il ne faut pas brutaliser le canal ; procéder au contraire à ce moment-là avec prudence, en augmentant insensiblement la pression : le sphincter membraneux ne tarde pas à céder. Bien rares sont les cas où l'on doit, chez un sujet nerveux, abandonner cette manœuvre, et recourir aux instillations. On ne peut pas, si l'on procède avec douceur, amener de complications : c'est la *force de propulsion* du liquide qui crée le danger et *non la quantité* que l'on injecte, ainsi que le prouve bien la pratique des grands lavages.

Quels sont les liquides employés. Ils varient à l'infini. Voici, parmi les formules connues, deux des plus usitées. Celle des 3 sulfates et celle de l'hôpital du Midi.

1° Sulfate de zinc...........	0,50 centigr.
Sulfate de cuivre.........	0,50 centigr.
Sulfate de fer...........	0,50 centigr.
Eau distillée............	150 grammes.
2° Sulfate de zinc.............	1 gramme.
Acétate de plomb..........	8 grammes.
Laudanum de Sydenham.. / Teinture de cachou.......	ââ 4 grammes.
Eau distillée...............	200 grammes.

On préfère cependant aujourd'hui les liquides faiblement antiseptiques comme le permanganate de potasse à 0,20 centigr. pour 1000, ou de sublimé à 0,05 centigr. par litre.

Bien supérieures, comme moyens thérapeutiques, sont les instillations, que l'on ne peut toutefois confier au malade. On sait qu'il faut avoir d'abord une seringue de 4 grammes, dont le piston muni d'un curseur permet de chasser une goutte de solution à chaque demi-tour de la tige ; puis un explorateur troué, du calibre n° 10, qui s'adapte à la seringue. On prendra les soins d'antisepsie nécessaires pour introduire l'explorateur jusqu'au delà du sphincter. Alors on le retire lentement, instillant d'arrière en avant dans toute l'étendue du canal de 20 à 40 gouttes d'une solution au nitrate d'argent à 1/50.

Si cette thérapeutique n'aboutit pas, on a recours aux grands lavages, dont nous allons indiquer le modus faciendi. Comment reconnaîtra-t-on que la guérison n'est pas obtenue ? Il en sera ainsi, si par la pression du canal, on obtient une goutte de pus au méat le matin au réveil : s'il existe encore de la douleur à la miction ; si la 1re urine émise contient encore des filaments gagnant le fond du verre.

Tel est le traitement dit méthodique. Il est excellent et très efficace. Mais souvent l'impatience des malades le rendra inapplicable. De plus deux critiques sérieuses peuvent lui être adressées : il laisse trop longtemps le champ ouvert aux complications ; et il n'amène pas toujours une guérison complète, quoique longtemps poursuivie. C'est pour ces raisons que l'on a proposé une nouvelle méthode, celle des grands lavages au permanganate de potasse, vulgarisée par M. Janet. Ce traitement répond mieux aux idées modernes sur l'antisepsie, et permet de viser plus directement et plus rapidement la guérison. C'est un traitement abortif ; on en avait proposé d'autres, tels que les balsamiques seuls ou associés aux injections banales, les injections seules, les injections abortives au nitrate d'argent ; nous les rejetterons pour n'adopter que les grands lavages.

Pour les pratiquer, il faut avoir un réservoir de *deux litres environ*, bouteille, bock, ou laveur comme ceux qu'emploient aujourd'hui les femmes pour les injections vaginales ; un tube en caoutchouc de deux mètres de longueur ; une canule en verre à bout conique qui entre facilement dans le méat et assez large pour l'obturer bientôt. Un robinet placé sur le trajet du tube permet de régler le courant. — On emploie comme solution le permanganate de potasse à des titres variés, suivant les cas entre 1 gr. pour 10.000 et 2 gr. pour 2000, ainsi que nous le verrons tout à l'heure.

Pour laver l'urèthre antérieur, on accroche au mur ou on fait tenir le réservoir à une hauteur *de* 50 *cent.* environ. On laisse ressortir le liquide en retirant légèrement la canule. On recommence jusqu'à utilisation de 1/2 litre de solution environ.

Pour laver l'urètre postérieur, le réservoir est placé à une hauteur de 1 m. 50 ; on procède comme tantôt, en priant le malade de chercher à uriner pour lui permettre de relâcher son sphincter membraneux qui, en général, ne résiste pas beaucoup, ni longtemps. Rarement, il sera nécessaire d'élever la pression en portant le réservoir à 2 mètres, et il vaut mieux éviter cette manœuvre, mais attendre quelques minutes que le sphincter fatigué se relâche graduellement. Cependant, chez un sujet nerveux, on sera quelquefois obligé de renoncer à cette méthode : il faudrait alors le sonder avec une sonde molle, injecter la solution dans la vessie ; le malade laverait lui-même son canal en urinant.

Il est préférable de faire asseoir, voire même coucher le patient, car un malaise général, une syncope peuvent survenir surtout à la première séance chez un sujet prédisposé.

Quand la vessie arrive à un point de distension où le besoin d'uriner se fait sentir, on laisse uriner son malade ; puis, on recommence jusqu'à épuisement de la solution préparée.

Ces lavages provoquent une légère réaction, variable d'ailleurs avec la susceptibilité des patients : et aussi une sécrétion séreuse qui est très légère quand on emploie une solution faible de permanganate, au 1/10.000 par exemple. Cette sécrétion est plus nuisible qu'utile, en favorisant la pullulation des microbes ; il faut l'éviter en tâtant la susceptibilité, d'ailleurs si variable, de la muqueuse urétrale. Le docteur Guiard recommande donc de pratiquer les lavages à doses très faibles à 1/10.000. Il procède de la façon suivante. Les 3 ou 4 premiers jours il fait deux lavages à 9 heures au moins d'intervalle ; un seul lavage les 4 ou 5 jours suivants, et ne veut pas que le malade manque une *seule* séance. A chaque visite, il contrôle par l'examen microscopique, très simple d'ailleurs, la présence des gonocoques, l'écoulement en lui-même ne jouant par sa quantité qu'un rôle secondaire.

Si, à partir de la 2e ou 3e injection, les gonocoques ne diminuent pas, il augmente le titre de la solution, 1/6000, 1/5000, suivant la réaction du malade. Si au 4e ou 5e jour les gonocoques n'ont pas disparu, le docteur Guiard cesse l'emploi du permanganate, pour avoir recours au vieux traitement antiphlogistique. Ce dernier, d'ailleurs, s'impose aussi le plus souvent quand le malade ne vient consulter que le 5e ou le 6e jour, alors que les phénomènes inflammatoires sont accusés.

En résumé donc, la méthode des grands lavages ne convient pas à tous les cas : elle est excellente et doit être pratiquée tout à fait au début ou quand l'affection n'offre qu'une faible intensité, car elle est plutôt nuisible en pleine période aiguë.

Il faudra employer des solutions de permanganate faible au 1/10.000 ou au 1/5.000. Enfin, cesser si le contrôle microscopique ne permet pas de constater la disparition ou une notable diminution de gonocoques au 4e ou au 5e jour. Ainsi appliquée, cette méthode permet d'obtenir une guérison rapide. Malgré les beaux succès qu'il a donnés, ce traitement a été très combattu, et restera, longtemps sans doute encore, négligé dans la pratique courante, pour laisser la place d'honneur à la vieille méthode si facile, dans la majorité des cas efficaces, et qui a au moins le mérite d'être applicable à toutes les périodes de la blennorrhagie.

A. Pascal,
Interne des Hôpitaux de Paris.

PRATIQUE THÉRAPEUTIQUE

Le gargarisme est-il utile ?

Le gargarisme est un procédé thérapeutique, prescrit d'une façon banale, dans toutes les affections de la gorge. S'il est un de nos moyens d'action les plus anciennement connus, cela ne veut pas dire, il s'en faut, qu'il soit un des plus efficaces. Des spécialistes distingués, à Vienne, par exemple, en Angleterre plus récemment, sont venus en faire une critique sévère et tenter de le supprimer.

En réalité, il ne mérite, ni « cet excès d'honneur, ni cette indignité », et s'il doit céder le pas, dans bien des circonstances, à des méthodes plus modernes, comme l'irrigation large, la pulvérisation, il rend encore des services et le moment n'est pas venu de s'en priver.

Le gargarisme est un bain de gorge, et les différentes modifications qu'il a subies, dans sa technique, ont eu pour but de permettre au liquide médicamenteux, d'arriver au contact de certaines régions difficiles à atteindre, les parties supérieure et inférieure du pharynx en particulier.

Von Trœltsch avait recommandé la façon de faire suivante : on prend dans la bouche une gorgée de solution, et, tenant la tête penchée en arrière, les narines fermées par deux doigts, on fait des mouvements de déglutition, en maintenant la cavité buccale ouverte.

En général, on se contente, et avec raison, du procédé plus connu et plus simple qui consiste à laisser le liquide descendre sur la base de la langue en penchant la tête en arrière ; la bouche est ouverte, la mâchoire inférieure projetée en avant. On donne ainsi libre accès au médicament, qui est retenu par la colonne d'air de la trachée. On pousse ou non, le « glou glou » très classique, qui a l'inconvénient d'être douloureux dans les cas aigus, en augmentant les contractions musculaires.

Le gargarisme, disent ses adversaires, impossible dans l'enfance, est inutile chez l'adulte. Il ne va pas au delà des piliers antérieurs, à moins d'employer des moyens difficiles, comme celui de Trœltsch. S'il a pour but de laver la muqueuse, la quantité de liquide est bien trop faible. S'il est prescrit comme topique, son effet est illusoire, car le contact est trop court, et d'autre part, on ne peut pas se servir de préparations actives, puisque le patient est susceptible d'en absorber. Son action, en outre, est aveugle et s'étend à toute la muqueuse indistinctement.

Un autre grief porté contre lui est la douleur qu'il provoque dans les affections aiguës, du fait des contractions qu'il nécessite.

Tout cela est exagéré.

Il est possible de baigner, sans habileté particulière, une grande partie du pharynx.

Le gargarisme a l'avantage de ne pas exiger d'instruments spéciaux, comme l'irrigation ou la pulvérisation, et, s'il est vrai qu'il nettoie et agit moins bien que ces deux dernières, il est certain cependant qu'il agit. Dans les cas simples, il nous suffira.

Malgré tout, cette critique a son bon côté, puisqu'elle secoue l'apathie de ceux qui se contentent trop facilement du vieil arsenal thérapeutique, et il faut en retenir l'enseignement suivant :

Comme tous les agents médicamenteux, le gargarisme a ses indications ; c'est un moyen simple, duquel on ne doit attendre qu'un résultat modeste. Utile dans certaines affections chroniques, bien limitées aux amygdales, dans les angines aiguës bénignes, il doit être remplacé par des procédés plus énergiques et plus efficaces, quand on est en présence d'angines inflammatoires ou infectieuses déjà sérieuses, dans les pharyngites chroniques qui s'étendent plus bas que le plancher buccal.

Les larges irrigations, les inhalations avec le pulvérisateur à vapeur, calment mieux et sont moins pénibles même que le gargarisme. Elles doivent lui être préférées, chaque fois que le médecin pourra y avoir recours.

Cependant beaucoup de malades, dans les cas légers surtout, se trouveront bien du bain de gorge et s'en contenteront : ici, il est seul acceptable.

D'ailleurs, cette vieille méthode thérapeutique n'exclut pas les autres et s'allie fort bien aux badigeonnages, plus actifs et mieux appropriés, que l'on porte exactement sur l'endroit atteint.

Elle a rendu assez de services pour qu'elle ne soit pas mise ainsi à la retraite, sans autre procès.

Terminons par quelques mots sur les différentes variétés de gargarismes. On les a divisés en émollients (guimauve-miel), calmants (coca), astringents (tannin-quinquina) et antifermentescibles.

Le chlorate de potasse posséda longtemps une haute réputation comme modificateur de la muqueuse bucco-pharyngée : le sel de Berthollet était presque un spécifique pour quelques en-

thousiastes. On ne l'emploie plus avec conviction et les solutions antiseptiques l'ont remplacé.

La liste en est nombreuse, mais nous ne voulons signaler que celles qui sont réellement adaptées à cette région.

L'acide borique à saturation, le borate et le benzoate de soude, la microcidine à 3 p. 1000, la résorcine au centième, enfin le chloral dont on peut corriger la saveur désagréable en y associant un autre microbicide également efficace, très sucré au goût, la saccharine. C'est à ces deux derniers agents que nous donnons la préférence en les réunissant dans la formule suivante, que nous employons avec avantage, lorsque l'antisepsie bucco-pharyngée est indiquée (angines parasitaires, opérations sur la gorge, amygdalotomie.......) :

Hydrate de chloral......	3 gr. 50
Saccharine..............	āā 1 gr.
Bicarbonate de soude...	āā 1 gr.
Eau distillée............	375 gr.

F. S. A.

Dr P. Lacroix.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Revue d'hygiène et de police sanitaire.

La spécialisation en hygiène.

En Angleterre on est entré, depuis quelques années, dans la voie de la spécialisation des médecins, en hygiène. Sept à huit cents de ceux-ci, après des études sur des programmes qui varient selon les écoles, comme matières, ou sans examens spéciaux, ont été nommés aux postes les plus importants nécessités par la loi sur la santé publique. Mais cette utile institution ne s'est pas développée, parce que la plupart des municipalités n'ont pas voulu faire les frais des traitements. De telle sorte que, s'il existe jusqu'à 16 espèces de diplômes d'hygiène et de science sanitaire, la carrière qu'ils paraissaient ouvrir à des nombreux praticiens est déjà encombrée.

Si on en venait, en France, à vouloir imiter ce qui s'est fait en Angleterre, il faudrait ne faire appel qu'aux docteurs en médecine, auxquels on imposerait un examen spécial, sans notions abstraites, que les candidats doivent posséder et insister sur le côté pratique, sur le génie sanitaire, les études bactériologiques. On pourrait, ainsi, pourvoir d'une situation acceptable un certain nombre de médecins, par département, avec ces appointements fixes qu'ils recherchent avec tant d'ardeur parfois. Cette question a été étudiée par le Dr *Louis Vintras*, de Londres.

Concours de la ville de Paris, pour l'épuration ou la stérilisation des eaux de rivière, destinées à la boisson.

La ville reçoit et consomme aujourd'hui 225 litres par tête d'habitant par jour ; 148 concurrents ont pris part au concours et le résultat en a été négatif. Voici les conclusions du consciencieux rapport de M. A. J. *Martin* :

1° Le concours ouvert par la Ville de Paris, en vue de rechercher le meilleur procédé d'épuration ou de stérilisation des eaux de rivière pour l'alimentation d'une ville ou d'établissements populeux, témoigne une fois de plus qu'il est actuellement impossible d'obtenir par aucun filtre, grand ou petit, et d'une manière permanente, une eau comparable à l'eau de source convenablement choisie, bien captée et suffisamment protégée. La véritable épuration de l'eau de boisson consiste dans l'approvisionnement en eau de source ;

2° Les conditions actuelles de l'alimentation de Paris en eau potable rendent nécessaire, notamment pour parer aux insuffisances momentanées de l'approvisionnement en eau de source, l'installation d'appareils susceptibles d'assurer à tout ou partie de l'agglomération des eaux de rivières recueillies dans les conditions les plus favorables et convenablement épurées avant leur distribution ;

3° Le seul procédé qui paraisse actuellement applicable à la filtration en grand de tout ou partie de l'eau d'alimentation consiste dans l'épuration par le sable, avec ou sans addition de procédés d'oxydation des matières organiques à l'aide de réactifs inoffensifs, avec ou sans addition de bassins de décantation ;

4° Quel que soit le procédé adopté, il doit être l'objet d'une surveillance constante, tant au point de vue de son fonctionnement technique qu'à l'égard de l'analyse chimique et de l'analyse bactériologique ; les dispositifs doivent être tels que, si une partie quelconque du filtre devient suspecte ou défectueuse, elle puisse être immédiatement supprimée et remplacée par une autre partie préalablement préparée à cet effet ;

5° Lorsque, dans une agglomération limitée, telle qu'une école, un lycée, une caserne, un hôpital, etc., l'eau distribuée est suspecte ou manifestement souillée, il faut alors, quand elle doit servir comme eau de boisson, la faire préalablement bouillir et la maintenir aérée à l'abri des poussières atmosphériques. Il convient, en pareil cas, de proscrire tous procédés de filtration ou d'épuration jusqu'ici connus, dont l'entretien, le nettoyage et la surveillance sont pratiquement irréalisables.

M. *Valin* prêche la prescription, par les médecins, du crachoir de poche, du volume d'une tabatière, du prix de 8 francs, dont il est assez facile, grâce au mouchoir, de dissimuler l'usage. Cet usage serait sûrement moins dégoûtant que l'habitude, pour les gens qui toussent, de cracher partout, avec un dangereux laisser-aller.

Inconnu en France, le crachoir de poche est appelé à rendre des services qui l'imposeront.

L'assainissement de Marseille, par le système du *Tout à la mer*, commencé en 1890, est accompli à ce moment et il pourrait fonctionner, si des difficultés politiques (c'est en ces matières que la politique montre toute sa beauté) ne s'étaient opposées à l'amélioration de la distribution d'eau depuis 1892 et, par conséquent, l'assainissement est retardé, compromis. Espérons qu'une nouvelle municipalité vaprendre en main cette question vitale et diminuer la mortalité de 30 pour mille, en la rapprochant de la moyenne de 21 à 24.

Armée coloniale. M. *Just Navarre* fait, à ce sujet, les remarques suivantes :

La calamiteuse mortalité de notre conquête de Madagascar, qu'on ne peut attribuer qu'à l'impéritie, l'incompétence absolues de la *guerre* et à ses rivalités avec la *marine*, a été l'opprobre de l'armée. Si on veut éviter ces désastres, il faut rechercher de bons éléments d'une *armée coloniale* et, donner dans les expéditions, la prédominance au service de santé. Nos troupes coloniales se composent : 1° de 12 régiments européens d'infanterie de marine et d'un régiment

d'artillerie de la même arme ; 2° de compagnies d'ouvriers d'artillerie européens et un peu indigènes ; 3° de régiments indigènes sénégalais, dahoméens, malgaches, tonkinois, composés d'indigènes commandés par des officiers et sergents européens.

Les troupes européennes donnent un total de 24 mille hommes, pour 15 mille indigènes. En Angleterre, au contraire, il y a deux fois plus d'indigènes que d'Européens, en vertu du principe que, dans les pays chauds, il faut *une tête européenne, sur un corps indigène.*

En principe il faut des hommes de 24 à 35 ans, qui auront une mortalité de 15 à 18 pour mille, tandis que nos troupes d'infanterie de marine en ont une de 74 pour mille. Il faut que tous ces soldats soient des volontaires et qu'ils aient d'abord fait, en France ou en Algérie, leurs trois ans de service ; qu'ils aient une haute paye, du confortable et de l'autorité sur les indigènes et qu'ils puissent trouver, aux colonies, une carrière. La durée de séjour doit varier de une à plusieurs années, selon le degré de salubrité de la colonie.

Les hommes doivent être choisis avec un soin extrême ; on doit proscrire les constitutions douteuses et préférer les français du Midi à ceux du Nord. Les arabes doivent être l'objet de la même sélection que les français, pour entrer dans l'armée coloniale. Le temps de séjour ne doit jamais dépasser deux ans dans la zone dangereuse ; pour les Antilles, le Tonkin, les îles du Pacifique, on peut accroître la durée du séjour et corriger, par les stations d'altitude, l'influence nocive des zones côtières.

Un principe absolu, surabondamment démontré par les horribles résultats de notre dernière campagne, c'est que *tout Européen doit être doublé d'un indigène porteur* ; le premier ne doit porter que *ses armes, ses munitions et son bidon de café*. Les porteurs, en temps de paix, doivent être casernés et exercés avec les Européens et s'ils ne sont pas casernés, ils doivent être désignés et exercés par avance.

Les vieilles casernes doivent être condamnées, ou réservées aux indigènes. Les nouvelles doivent consister en pavillons de 20 personnes placés sur des sites élevés, à sous-sol perméable, abrité des vents qui viennent des marais, pourvus d'eau, peu boisés, frais, faciles à aérer et peu coûteux, pourvus d'une véranda.

Les sous-officiers doivent être logés à part et on devra prévoir des logements pour leurs ménages. On ménagera des salles de jeux, d'armes et une bibliothèque. On veillera, avec un soin scrupuleux, à l'évacuation et à la destruction des matières usées ; si l'eau fait défaut, on recourra aux tinettes mobiles.

L'alcool sera proscrit sous toutes ses formes et remplacé par l'eau *pure*, le café, le thé. Les vivres frais, viandes, légumes, fruits, seront variés.

L'acclimatement est impossible pour les blancs qui usent chaque jour de l'alcool.

On doit donner toutes les facilités possibles pour le mariage, même avec des indigènes.

M. J. Navarre demande : 1° que tout soldat colonial soit déclaré apte physiquement, par une commission médicale ; 2° que toute mesure hygiénique soit approuvée par cette commission ; 3° que tout casernement soit approuvé, sur plans, par des médecins, des architectes, des ingénieurs sanitaires.

Nous approuvons toutes ces idées ; nous souhaitons qu'on se hâte de les appliquer, afin que le prochain holocauste au minotaure *colonial*, soit moins horrible que tous ceux qui l'ont précédé

M. *Rochard*, professeur au Val-de-Grâce, expose les progrès du chauffage et de la ventilation par l'électricité.

Les surfaces de chauffe sont établies par des fils en ferro-nickel placés sur une plaque de fonte, revêtue d'abord d'une couche d'émail, sur laquelle on applique le fil en circuits, fil noyé dans une couche nouvelle d'émail. Quand on fait passer le courant, le fil préservé de l'oxydation, qui le détruirait, par l'émail, s'échauffe et échauffe la plaque. On voit le principe, applicable en conséquence au chauffage des parois des appartements, à l'établissement de poêles en colonnes creuses, etc...

Pour les usages domestiques, l'échauffement de petites quantités de liquides, la maison *Godin*, de *Guise*, a établi tous les modèles qu'on peut désirer ; on a chauffé, ainsi, des théâtres, des tramways, établi des grils irréprochables pour la cuisson, des fours de cuisine, etc., etc. ; faciles à manier, sans production de gaz, ni de poussières, supprimé les cheminées et les incendies.

Le chauffage électrique commence à lutter avec le gaz et devient même économique, lorsqu'on a à sa disposition un moteur hydraulique.

Les prix de *l'hectowat* (la mesure électrique) est variable, il coûte encore, à Paris, 4 centimes pour la force motrice et le chauffage ; à Berlin 2 et bientôt un demi-centime. Près des chutes d'eau on a obtenu le *kilowat* à 1 centime. On peut s'attendre à une révolution dans le chauffage, en présence de la lutte acharnée entre le gaz et l'électricité, l'acétylène, etc...

En ce qui concerne la ventilation, on construit des petits ventilateurs à hélice, du diamètre de 0 m. 50, qu'on place au plafond et qui, sans bruit, au prix de 6 centimes l'heure, entraînent l'air vicié et la fumée, surtout dans les pays chauds, où ils remplacent les moyens habituels pour se procurer un air rafraîchissant.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical du Cher

10 *Octobre* 1895.

Présents : MM. Babillot, *Président* ; Méraut, *Vice-Président* ; Courrèges, *Secrétaire-Trésorier* ; Besson, Carton, Casanova, Decernière, Deroin, Deschamps, Durand, Fauconneau, Gabriel, Jamin, Ladevèze, Lefèvre, Maydieu, Moreau, Nollet, Proux, Tauleigne.

Excusés : MM. de Grandmaison, Malfuson, Ravier, Vigouroux.

Le secrétaire dans son rapport résume les travaux de l'année :

Exercice de la pharmacie.

... Votre chambre syndicale, dans sa réunion du 8 avril 1895 a adressé, à la commission de la Chambre des députés, une pétition nouvelle afin d'obtenir, pour le médecin qui exerce dans une localité pourvue

d'un pharmacien, la faculté de délivrer des médicaments à des malades éloignés de toute officine de plus de 5 kilomètres. Nous demandions encore, d'accord avec l'Union des syndicats, que les pharmaciens ne pussent délivrer sans ordonnance que les substances simples énumérées dans un règlement d'administration publique.

Etablissements militaires.

Le Syndicat, en Assemblée générale, a été saisi, par quelques confrères de Bourges, d'une requête qu'ils se proposaient d'adresser au ministre de la guerre au sujet d'un règlement qui impose aux ouvriers civils travaillant aux établissements militaires et à leurs familles un medecin de l'armée qui seul a le droit de délivrer des ordonnances gratuites.

La pétition n'a pas reçu de réponse... Une délégation des médecins de Bourges, présentée par le Député de la circonscription, devait se rendre auprès du ministre afin d'obtenir au moins, de celui-ci, que les ordonnances signées des médecins civils fussent agréées au même titre que celles du médecin militaire affecté au service.

Assistance médicale gratuite.

... L'administration ayant déclaré insister pour la conservation des circonscriptions cantonales, qui lui permet d'avoir la main sur le personnel médical, le système de la rétribution à la visite était de fait écarté (1) pour céder le pas à un système mixte qui consacrât le principe de la proportionnalité du salaire au sacrifice imposé par la distribution géographique des circonscriptions. Il a fallu alors chercher la base d'évolution dans le chiffre des indigents et dans la distance à parcourir par médecin.

Le chiffre proposé par l'administration : un franc par indigent et cinq francs par kilomètre à parcourir et par an, ne parait acceptable de prime abord qu'autant que les bureaux d'assistance porteront en janvier, sur les listes, toutes les personnes privées de ressources ou susceptibles de l'être dans le courant de l'année.

... Certains bureaux n'ont dressé cette année que des listes dérisoires, si on les compare à celles arrêtées l'année précédente, prétextant pouvoir suppléer par une inscription d'office, si la maladie venait à frapper des nécessiteux. Cette façon de comprendre les devoirs définis par la loi ne saurait être acceptée par l'Administration départementale plus que par les médecins.... L'inspecteur a déclaré tout le premier, dans son rapport, qu'il y aurait lieu d'établir le tarif médical sur des bases nouvelles, si les listes n'étaient pas dressées conformément à la loi.

Il en résulte donc, pour les médecins syndiqués, qui prêtent généreusement leur concours à l'assistance publique : 1° que le réglement actuel est révisable, 2° qu'il est de notre intérêt d'en laisser faire loyalement l'essai pendant quelques années, tout en notant soigneusement les défectuosités qu'il y aura lieu de signaler à votre Bureau.

Le comité consultatif a bien voulu prendre en considération la proposition de votre secrétaire général tendant à joindre, au tarif des visites ordinaires aux indigents, une évaluation supplémentaire pour les opérations. Je vous prie en conséquence, messieurs, de déléguer à votre Bureau le soin d'élaborer le tarif et de le présenter au Préfet. Etabli sur des bases raisonnables, nous ne doutons pas de le voir favorablement accueilli.....

Tarif.

L'Assemblée adopte un tarif général minimum qui sera imprimé et adressé à chacun des membres. Pour les assurances-accident, les certificats de contrat et le premier pansement, s'il y a lieu, sont tarifés 6 fr. au minimum. Les soins ultérieurs seront comptés aux prix ordinaires.

(1) Nous avouons ne pas comprendre cette exclusion, certains départements ayant à la fois le système des circonscriptions et le traitement à la visite. (*Note de la Rédaction.*)

Bureau.

Les pouvoirs du Bureau sont prorogés pour une année.

M. Casanova est nommé secrétaire des séances.

Vœux.

Le syndicat émet le vœu que les compagnies de chemin de fer accordent aux médecins et chirurgiens des hôpitaux, en raison des services qu'ils rendent à leurs employés, quelques compensations consistant en permis de circulation à prix réduits.

Le vœu qu'un hôtel soit recommandé aux médecins syndiqués, dans les villes d'eau, est également pris en considération.

Questions diverses.

Le Syndicat répond aux questions posées par le Bureau de l'Union des syndicats :

Pour les sociétés de secours mutuels, le syndicat a, dès l'origine, recommandé à ses membres de n'accepter que le tarif à la visite, tout en respectant les contrats en vigueur.

Au sujet de la loi Roussel, il émet le vœu que, seul, le médecin inspecteur ait le droit de délivrer le certificat médical aux nourrices de sa circonscription.

Le Secrétaire-Général,
Dr Courrèges.

REPORTAGE MÉDICAL

A propos de maison de retraite des médecins. — La *Société de secours des amis des sciences*, fondée en 1857, et dont le siège se trouve 79, boulevard Saint-Germain, fait appel en ce moment aux souscriptions des amis des savants. On devient membre de cette Société par le versement annuel d'une somme de dix francs.

Il est de circonstance de rappeler que cette œuvre a déjà distribué 1.500.000 fr. de secours. C'est à elle que se rattache la maison des retraités Galignani, 53, boulevard Bineau, à Neuilly-sur-Seine, qui contient cent places pour des personnes âgées de 60 ans. Les médecins peuvent y être admis, ainsi que leurs ayants droit. 50 admissions sont gratuites et renouvelables au fur et à mesure des décès, et vingt de celles-ci sont à la nomination de la Société de secours des amis des sciences.

— *Souscription Lafitte.* M. le Dr M. Baudouin, secrétaire de l'Association de la Presse médicale, qui fut chargé de centraliser les fonds de la souscription en faveur des enfants du Dr Lafitte, nous communique le 23 mai l'état de caisse suivant :

I. Recettes. — Somme totale des cotisations reçues par l'Association de la presse médicale, y compris sa souscription propre de 1000 fr. à ce jour.		14.012 fr. 83
II. Dépenses. — 1° Frais divers.	478.94	8.003 14
2° Remis au Dr Lafitte......	7.524.24	
Reste en caisse à cette heure..........		6.009 69

Le *Concours médical*, qui recueillit à lui seul la somme de 6.998 fr., éprouve une légitime fierté à rappeler la belle preuve de solidarité et d'initiative fournie par notre Société dans cette mémorable circonstance.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 24 13 Juin 1896

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE
du Corps médical Français.

Assemblée générale tenue le 12 Avril 1896.

Présidence de M. le Dr Lande, président.

Lettre d'excuse de M. Verdalle, trésorier, dont l'état de santé n'a pas permis le voyage cette année.

Lecture du procès-verbal de la séance de 1895. Adoption du procès-verbal.

Lecture du rapport du secrétaire général.

Rapport des censeurs approuvant les comptes de l'année, et votant des remerciements au trésorier.

Lecture du rapport du trésorier par M. le Dr Lande.

Le secrétaire général lit la correspondance.

L'assemblée générale accorde une pension au Dr H. Touché dans l'incapacité absolue de travail, et une autre au Dr C., qui se trouve dans les mêmes conditions.

En présence du surcroît de travail occasionné au trésorier pour la gestion de la fortune de la Société, le Comité directeur propose de porter annuellement au budget des dépenses une somme de 1,200 fr. pour frais de bureau et d'employés.... (Adopté.)

L'assemblée accorde pour les 14 anciennes pensions 10,458 fr. 50., et pour les 3 nouvelles, 1,932 fr. — Total des premières servies en 1897: 17 = 12,390 fr. 50.

Les deux pensions accordées aux deux confrères avant leur 60 ans d'âge, sont prises sur la caisse auxiliaire. Total 19 pensions.

Entre les deux Assemblées, il y a eu 10 adhérents nouveaux donnant un chiffre total de 12 parts 1/2. Les Drs Porson, de Nantes, Moreau, de Versailles, Millet, de Crépy-en-Valois, sont renommés censeurs pour 3 ans, et sortiront en 1899.

Le Secrétaire général,
Dr Delefosse.

Rapport du Dr Delefosse, Secrétaire général.

Messieurs,

La vitalité d'une Société comme la nôtre s'atteste surtout par des chiffres; aussi, le rapport de notre cher Trésorier est-il bien plus important que celui du Secrétaire général.

Mon rôle, quoique bien plus modeste, peut cependant être de quelqu'utilité; il consiste dans l'explication de certains points obscurs des Statuts ou du moins plus difficiles à comprendre, et ces points sont indiqués par les lettres mêmes des médecins qui désirent s'affilier à notre Œuvre. C'est donc sur ces dernières que je me baserai pour étudier quelques opinions qui ont été émises.

Un confrère m'écrit ceci: « Voudriez-vous m'indiquer dans quelle proportion figurent comme adhérentes les femmes de médecins? La mortalité féminine, surtout à partir d'un certain âge, est très minime, si on la compare à la mortalité dans le Corps médical. Je ne vois autour de moi que veuves de médecins et je connais une Société de secours mutuels (dont je suis médecin) qui a eu le tort d'admettre à la retraite les femmes et veuves des membres participants et que cette clause a failli ruiner; elle payait 44 pensions de veuves et 18 seulement de sociétaires. Ne pourrait-on pas faire fonctionner, à part, la caisse des pensions pour les femmes de médecins? »

Cette opinion a dû, en effet, venir à l'esprit des médecins, car il est incontestable qu'à partir d'un certain âge, les femmes sont moins atteintes que les hommes; mais il est facile de vous montrer que notre Caisse n'est nullement en danger par les pensions servies aux veuves; d'abord, en ne parlant qu'au point de vue mortalité, s'il se peut que les femmes vivent plus longtemps que les hommes après un certain âge, elles sont, au contraire, plus atteintes dans un âge moins avancé et il est presque certain que les mortalités se compensent. Ensuite, la liquidation de la retraite, quand la veuve la demande

se fait sur des tarifs inférieurs à ceux établis pour la Caisse en général. Enfin, les Sociétés de secours mutuels paient la pension à la veuve au décès du mari, tandis que notre Caisse ne la liquide que lorsque la titulaire a 60 ans accomplis.

Ces raisons sont suffisantes pour dissiper les craintes émises et empêcher que notre Caisse ne périclite de ce chef.

Je répondrai maintenant à un autre raisonnement que voici : Un confrère m'écrit : « Je viens d'avoir 46 ans, j'avais donc 45 ans au mois de janvier et c'est l'âge, qui me sera attribué si je commence mes versements cette année. J'aurai à verser, tous les ans, pour la Caisse 460 francs de prime ; si je veux m'assurer contre la perte de la somme versée jusqu'à 60 ans, environ 10,000 francs, je paierai 387 francs à une Compagnie : donc prime totale annuelle 387 francs à verser pendant 16 ans. A cette époque, j'aurai versé 17,520 francs et j'aurai obtenu quels résultats ? Je toucherai, il est vrai, une pension de 1,200 francs ; mais elle sera diminuée tous les ans de la prime d'assurance, soit 1,200 — 387 = 813 francs ; c'est donc en réalité 813 francs de pension. Si au lieu de verser ces 17,500 francs dans des caisses étrangères, je les économise : je les ai d'abord toujours à ma disposition sans risques, utilisables en tout temps pour un bon placement ; à l'âge de 60 ans, ces 17,500 francs, placés à 3,50 %, me donneront 622 francs, soit 190 francs de moins que dans la combinaison précédente, et d'un autre côté mes héritiers toucheront 17,500 francs si je meurs à 60 ans et non 10,000 francs, et j'aurai eu continuellement mon argent dans ma poche, etc. »

Au premier abord, notre confrère a un raisonnement qui paraît très logique ; mais à une simple condition, c'est qu'il ait tous les atouts dans la main et cela toujours. Il oublie une chose importante : si l'on était sûr de ne jamais brûler, jamais aussi, on ne prendrait une assurance contre l'incendie. Si l'on était sûr de toujours économiser, sans y être forcé par une échéance, de faire toujours de bons placements, de ne jamais avoir de pertes ou de réductions d'intérêts, inutile de s'assurer à une Compagnie quelconque. Mais, il est facile de montrer que c'est justement pour combattre tous ces aléas que ces Compagnies et notre Caisse ont été fondées. D'un autre côté, renversons la proposition : notre confrère meurt après deux ou trois versements, ses héritiers touchent 10,000 francs, et qu'a-t-il versé ? Deux fois 387 francs. Et, enfin, si notre confrère vit jusqu'à 66 ans, la retraite lui aura remboursé les sommes versées à la Caisse comme primes. Conclusion : la Caisse des retraites a une utilité incontestable, utilité comprise par les médecins qui viennent s'y affilier.

Quel est le médecin qui est sûr d'avoir de quoi vivre à 60 ans, même avec une brillante clientèle ? Personne n'est à l'abri des revers de la fortune, des mauvais placements, des banquiers ou des notaires qui filent en Belgique, des valeurs qui tombent à néant ? Quel est le médecin qui est à l'abri de la maladie venant lui briser sa carrière ? La Caisse vous dit : « Tâchez d'économiser sur votre nécessaire ou votre superflu, une somme qui, à 60 ans, vous assurera peu de chose, c'est vrai, mais enfin 100 francs par mois, c'est toujours le pain quotidien ; si la maladie vous empêche de continuer votre profession, une pension vous sera servie. (Notre cher trésorier va vous demander tout à l'heure deux pensions pour des confrères terrassés par la maladie, l'un à 46 ans, l'autre à 59 ans.)

Voilà un point, Messieurs, qui vous a déjà été signalé les années précédentes et sur lequel je reviens encore aujourd'hui : l'obtention d'une retraite à tout âge, par suite d'incapacité de travail ; et de même que, tout à l'heure, je répondais à notre confrère en lui montrant que s'il mourait après sa première prime payée, ses héritiers toucheraient 10,000 francs pour 387 francs versés ; de même s'il tombait dans l'incapacité absolue de travail, notre Caisse lui donnerait une pension annuelle malgré le peu de versements faits.

Un confrère craint que le chiffre des cotisations diminue, parce que, en 1891, le montant des cotisations s'élevait à la somme de 51,318 francs, et qu'en 1892, il n'est plus que de 44,284 francs. Ici, il y a une erreur de vue ; les cotisations comprennent, non seulement les primes versées annuellement, mais aussi les sommes versées par ceux qui choisissent le tableau *B*. Ainsi, cette année, un médecin a pris deux parts (tableau *B*), il a donc dû verser d'un seul coup les versements antérieurs qu'il n'a pas effectués (2,300 fr.). Il y a donc, de ce dernier chef, une variation qui peut être très importante ; il peut y avoir, dans une année, plusieurs adhérents choisissant le tableau *B* avec de forts remboursements et très peu l'année suivante ; d'où une différence sérieuse dans la somme totale des cotisations, quoique les sommes des primes annuelles aient augmenté.

Je terminerai en essayant de dissiper une dernière obscurité. Un confrère m'écrit : « Je désirerais ne verser que pendant 10 ans, de manière à toucher la pension à 60 ans. Or, d'après l'article 8, ma retraite n'étant acquise qu'à partir du 1er janvier qui suit l'année où j'aurai 60 ans, j'aurai 11 versements à faire et je ne toucherai cette retraite que 11 mois après. »

J'ai répondu : « Il est évident qu'il faut 11 versements dans votre cas, puisque le tarif est établi sur l'âge que l'on a au 1er janvier de l'année, où l'on contracte l'assurance ; en effet, supposons que vous ayez 50 ans, le 3 mars, et que vous vous assuriez le 1er mai. Comme au 1er janvier vous aviez 49 ans, c'est sur cette prime qu'il faut vous baser ; si vous ne voulez payer que 10 cotisations, assurez-vous dans l'année qui commence quand au 1er janvier vous aviez 50 ans sonnés ; la prime est plus forte, mais vous ne ferez que 10 versements. Quant à la retraite, il est évident que si vous êtes né au commencement d'une année, vous attendrez plus longtemps que si votre naissance date de la fin de cette année. Mais cette situation se présente pour toutes les carrières avec limite d'âge, etc. ; des adhérents n'attendent que 3 mois leur retraite, d'autres 11 mois, et cela seulement la première année du paiement de la pension.

Je me contenterai pour aujourd'hui de ces quelques citations, voulant laisser à notre Trésorier le plaisir de vous montrer combien notre Caisse se développe ; combien, malgré la crise qui sévit sur le Corps médical, sa situation est prospère. Cette prospérité est due en grande partie au Dr Verdalle ; aussi, je suis sûr d'être

votre interprète en lui exprimant de sincères remerciements pour son zèle et son dévouement à notre Société.

A vous aussi, Messieurs, de faire de la propagande ; un de nos nouveaux adhérents m'écrivait en m'envoyant son adhésion : « Il y a un mois, je ne connaissais, même de nom, aucune des œuvres du *Concours médical* ; ne pourriez-vous pas vous, faire un peu de réclame dans la presse médicale ? » Votre comité « fait de la réclame » le plus qu'il peut,à vous de nous aider dans cette tâche, dans la diffusion des idées qqi ont présidé aux Statuts de notre Caisse ; avec la conviction que plus les années sont devenues dures pour le Corps médical par suite d'une concurrence amenée par le trop grand nombre de médecins, plus le praticien doit songer à assurer le pain de ses vieux jours. (*Applaudissements.*)

Rapport de M. le Dr H. Verdalle, Trésorier.

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous présenter mon rapport sur l'exereiee 1895.

Le bilan se solde au 31 décembre par une somme de....................F.	569.179 96
Il était au 31 décembre 1894, de.....F.	524.360 98
soit une différence de................F.	44.818 98

Bilan au 31 décembre 1895.

Espèces en caisse........................F.		16.291 46
PORTEFEUILLE.		
19 oblig. communales 1879 ..	9.490 50	
260 oblig. du Midi......	121.838 75	
4.560 fr. rente 3 % amort.....	154.686 75	
100 oblig. foncières 1883......	45.800 »	
50 oblig. eommunales 1892...	25.412 50	
100 oblig. Orléans............	47.525 »	
20 oblig. foncières 1879.......	9 820 »	
115 oblig. P.-L.-M...........	54.625 »	
1.800 fr. rente 3 %..........	60.690 »	
50 oblig. de l'Est............	23.200 »	
		552.888 50
Total des comptes débiteurs....F.		569.179 96
Capital inaliénable...... ....F.		495.165 02
Caisse de réserve........................		67 622 10
Caisse auxiliaire.........................		6.392 84
Total des comptes créanciers...F.		569.179 96

En voici le détail :

Nous allons, si vous le voulez bien, étudier eomme tous les ans le détail de la eomptabilité et des opérations de eaisse, ear il est essentiel que, dans une Société eonfraternelle comme la nôtre, ehacun des membres puisse se rendre un compte exact des moindres détails.

Recettes.

Cotisations.— L'encaissement des cotisations a produits en 1895 une somme de.....................	44.155 05	
Vous verrez au tableau des cotisations (pièees annexes) que c'est à peu près le chiffre moyen depuis la fondation de la caisse.		
Dons. — La caisse a touché en avril un don de 200 francs que notre regretté Président, le Dr Dujardin-Beaumetz, avait fait à notre caisse dans le courant de 1894.......	200	
Intérêts des valeurs. — Notre		
A reporter.............	44.355 05	
Report................	44.355 05	
portefeuille a produit dans le courant de 1895 une somme de.	15.888 30	
Amortissement des valeurs. — (Voir au portefeuille).........	4.960 05	
Recettes diverses. — Enfin, la caisse a reçu de divers en remboursement de frais de timbres, de frais de recouvrement et autres, une somme de.	28 55	
Total ....F.		65.231 95
A cette somme, il convient d'ajouter le solde de la caisse, soit les espèces en caisse au 31 décembre 1894, ci...........		31.170 98
Total.		96.402 93

Dépenses.

Retraites. — En 1895, nous avons payé 15 retraites s'élevant à la somme de (voir aux pièces annexes)..........		11.658 50	
Remboursements. — A Mme Veuve T..., qui, adhérente elle-même, a préféré toucher immédiatement le capital versé par elle....................		659 25	
Frais généraux. — Les frais généraux se sont élevés à la somme de....................		1.467 60	
Savoir :			
Frais de trésorerie.	807 65		
Frais d'impression	363 65		
Frais de correspondance.............	131 30		
Indemnités de voyage............	165 »		
	1.476 60		
Portefeuille. — Aehat de 40 obligations du chemin de fer du Midi...........	18.790 65		
Achat de 100 obligations du ehemin de fer du Midi...	47.531 75		
		66.322 40	
Total....F.			80.107 75
Différence pour erreur de passation d'écritures au livre de caisse............			3 72
			80.111 47

Résumé des opérations de caisse.

Recettes en 1895.........................	96.402 93
Dépenses..............	80.111 47
Reste en caisse au 31 décembre 1895..	16.291 46

Telles sont, Messieurs, dans leurs détails les opérations de eaisse auxquelles votre Trésorier s'est livré pendant l'exercice 1895.

La comptabilité proprement dite est alors entrée en jeu et nous avons dû, avec l'aide de M. Florigni, le comptable qui m'a prêté encore cette année le coneours de son expérienee, prendre tous ces chiffres et les forcer à entrer dans les cadres de nos diverses caisses.

Vous comprendrez facilement par les tableaux ci-joints le jeu de ces diverses combinaisons (pièces annexes).

Le capital inaliénable a été porté de 484.110 87 à............................	495.165 02
La caisse de réserve de 34.459 70 à......	67.622 10
La caisse auxiliaire de 5.790 41 à........	6.392 84
Capital total...........	569.179 96

Portefeuille.

Le portefeuille s'est augmenté cette année de 140 obligations du Midi.

J'ajoute qu'en janvier dernier, nous en avons acheté 40 autres moyennant fr. 18.920 95, utilisant

ainsi à peu près intégralement le solde en caisse à ce moment.

Et nous sommes prêts à augmenter le portefeuille d'un placement assez considérable, puisque aujourd'hui (avril) les espèces en caisse s'élèvent à la somme de 35.729 62.

La caisse a touché pendant l'exercice 1895 une somme de 4.960 05 pour amortissement de valeurs diverses, soit :

1 obligation communale 1879...	499 40
1 obligation du Midi..........	495 45
8 obligations du Midi.........	3.965 20
Total......F.	4.960 05

En 1896, elle a touché une somme de 1.000 francs pour amortissement de 30 francs de rente 3 % amortissable.

Et nous sommes informés que 13 de nos obligations P.-L.-M. ont été amorties au tirage d'octobre 1895 ; nous en toucherons le montant dans le courant de l'année.

Retraites.

Le nombre de nos retraites est porté cette année à 18.

Voici le détail des chiffres :

Retraités en 1894 :			
MM. B..........	1.200 »		
C..........	248 »		
C..........	195 »		
Mme Vve C......	1.200 »		
MM. C..........	1.200 »		
L..........	162 »		
Retraités en 1895 :			
MM. B..........	1.200 »		
B..........	600 »		
Mme B..........	600 »		
MM. C..........	260 »		
H..........	1.200 »		
L..........	600 »		
L..........	600 »		
L..........	1.084 »		
R..........	109 50		
		6.253 50	
Retraités en 1896 :			
MM. B..........	244 »		
C..........	488 »		
V..........	1.200 »		
		1.932 »	
			12.390 50

A ces retraites de droit, il convient d'ajouter deux retraites anticipées, celles du Dr C... et du Dr H... qui, frappés par la maladie et mis hors d'état de continuer l'exercice de la profession, ont demandé au Comité-Directeur la liquidation de leur pension en vertu de l'article 13 des Statuts.

Le Comité-Directeur vous propose d'allouer pour 1896 :

A M. C..........................F.	1.200
A M. H..........................	1.000

J'en ai fini, Messieurs, avec ce rapport financier. Toujours un peu aride, comme toutes les matières de chiffres, j'espère qu'il vous aura intéressé quand même, car vous y verrez la preuve que la Caisse des Pensions de Retraite poursuit sa marche en avant d'un pas tranquille et sûr, tenant les engagements qu'elle a pris.

Le gros capital qu'elle possède, les réserves qu'elle constitue tous les ans assurent l'avenir.

A vous, Messieurs, de faire connaître notre Œuvre, de la faire apprécier et de lui amener par une active propagande de nouveaux adhérents.

PIÈCES ANNEXES

Explication du Bilan.

Le capital inaliénable, créditeur au 31 décembre 1895, de 495.165 02, représente le solde de ce même compte au 31 décembre 1894........................F. 484.110 87

et comprend, avec la plus-value sur les valeurs en portefeuille, les 25 % qui lui sont attribués par l'article 21 des Statuts « sur la portion disponible des recettes ordinaires de 1895 »...................... 10.054 15

Égal............F.	495.165 02
La caisse de réserve a à son crédit...	67.622 10
Le compte caisse auxiliaire est créditeur de..............................	6.392 84
Ensemble.... ...F.	569.179 96

soit le passif.

L'actif est représenté par :

1° Les valeurs en portefeuille au 31 décembre 1895, valeurs prises aux cours de cette même date...........	552.888 50	
2° Les espèces en caisse au 31 décembre 1895...........	16.291 46	
Egal.......F.		569.179 96

Profits et Pertes.

AVOIR.

Par caisse :

Par les suivants pour coupons et intérêts encaissés en 1895.

3 % amortissable.............	4.867 50	
Rente 3 %....................	1.800 »	
Obligations foncières 1883.....	1.440 »	
Obligations communales 1892..	768 »	
Obligations P.-L.-M...........	1.656 »	
Obligations de l'Est..........	720 »	
Obligations d'Orléans.........	1.440 »	
Obligations foncières 1879.....	216 »	
Obligations communales 1879.	144 »	
Obligations du Midi..........	2.836 80	
		15.888 30

Par les suivants : pour plus-value sur les valeurs en portefeuille au 31 décembre 1895 ou différence du cours à cette date avec celui du 31 décembre 1894 :

Sur oblig. Midi, 80 oblig. à 468 au lieu de 465...............	240 »	
Sur oblig. Midi, 40 oblig. à 468 au lieu de 463...............	120 »	
Sur oblig. Midi, 40 oblig. à 468 au lieu de 466...............	80 »	
Sur oblig. com. 1892, 50 oblig. à 508 25 au lieu de 507........	62 50	
Sur oblig. P.-L.-M., 115 oblig. à 475 75 au lieu de 473 50.....	172 50	
		675 »
Par la Caisse des Pensions, pour le net des recettes à ce compte, après pensions payées et cotisations remboursées		32.037 33
Total.........................F.		48.600 63

DOIT.

A frais généraux :		
Pour balance de ce compte..........F.		1.439 05
A caisse :		
A valeurs diverses pour moins-value, savoir :		
Sur oblig. comm. 1879........	70 10	
Sur oblig. Midi..............	350 »	
Sur 3 % amortissable.........	382 50	
Sur oblig. foncières 1883.....	550 »	
Sur oblig. Orléans...........	175 »	
Sur oblig. foncières 1879......	150 »	
Sur rentes 3 %...............	240 »	
Sur oblig. Est...............	425 »	
		2.342 60
A caisse auxiliaire :		
Porté à ce compte 1 % sur 44.355 08 des cotisations de 1895...........	443 55	
1 % sur 15.888 30 des intérêts encaissés en 1895............	158 88	
		602 43
A reporter...... F.		4.384 08

Report		4.384.08
Excédent disponible des recettes		44.216 55
somme répartie comme il est dit à l'article 21 des Statuts, savoir :		
25 °/° au capital inaliénable	11.054 15	
75 °/° à la caisse de réserve	33.162 40	
Egal à l'excédent des recettes	44.216 55	
Total.........F.		48.600 63

Frais généraux.

Compte de Barthe, imprimeur	13 15
Circulaires	22 95
Frais de bureau	38 70
David, imprimeur	288 85
Appointements d'un employé	150 »
Voyages du Comité-Directeur	165 »
A M. Florigni	500 »
Abonnement boîte de poste	36 »
Un meuble et ses cartons	101 65
Réparation au coffre-fort	20 »
Affranchissement de la correspondance	131 30
	1.467 60
Remboursements de divers frais	28 55
Net......F.	1.439 05

somme passée aux profits et pertes.

Caisse auxiliaire.

Son crédit au 1er janvier 1895 provenant de dons particuliers et du 1 % attribué à ce compte sur les recettes ordinaires.........F.		5.790 41
Versement à la caisse auxiliaire, en 1895 :		
1 % sur 44.355 08 des cotisations de 1895	443 55	
1 % sur 15.888 30 des intérêts encaissés en 1895	158 88	
		602 43
Ce compte est créditeur au 31 décembre 1895 de		6.392 84

LA SEMAINE MÉDICALE

L'hémorrhagie cérébrale au cours de l'hystérie.

Le Dr *Gilles de la Tourette* a présenté, récemment, à la Société médicale des Hôpitaux, de fort curieuses observations d'hémorrhagies cérébrales survenues au cours de l'hystérie.

Voici l'une des plus intéressantes de ces observations :

« Une jeune fille de vingt-six ans, israélite, hystérique confirmée à grandes attaques, qui, au cours de la cérémonie des fiançailles de son frère, fut prise d'étourdissements, de vertiges, au point d'être obligée de se coucher dans l'appartement même où elle se trouvait. Son médecin habituel, qui assistait à la cérémonie, lui donna immédiatement ses soins et, connaissant de longue date son tempérament, pensa à des accidents hystériques nés sous l'influence d'une vive émotion. Il resta auprès d'elle une partie de la nuit et vit se développer, sous ses yeux, une hémiplégie gauche avec hémianesthésie ; en même temps, il survenait un vomissement. L'état était demi-comateux, la malade répondait mal aux questions qu'on lui adressait. Lorsqu'il revint le lendemain, la situation était restée sensiblement la même ; il y avait eu de l'incontinence d'urine par regorgement. Inquiet de cette prolongation, bien que pensant toujours à une crise d'apoplexie hystérique avec hémiplégie et hémianesthésie, il me demanda mon avis. Je vis la malade environ vingt-quatre heures après le début des accidents.

L'hémiplégie avec hémianesthésie persistait ; la face, du côté gauche, était paralysée. La malade n'était pas dans le coma complet, elle se trouvait plutôt dans une torpeur, d'où on la tirait difficilement ; aucune agitation, pas de grands mouvements, pas d'hallucinations. Mon impression immédiate fut qu'il fallait rejeter l'hypothèse du sommeil hystérique ; je pensai à une lésion organique, car le tableau clinique était celui de l'hémorragie cérébrale. Je ne pus prendre la température. Quarante-huit heures plus tard, le coma devenait de plus en plus profond et la malade succombait, après avoir présenté de la déviation conjuguée de la tête et des yeux.

Rien ne paraissait expliquer la lésion organique, dont j'avais diagnostiqué l'existence. L'examen de l'urine ne révéla ni sucre ni albumine. Le cœur était sain, les artères semblaient en bon état ; l'hypothèse de la syphilis devait être écartée. Outre les accidents hystériques convulsifs, présentés antérieurement par la malade, celle-ci avait eu, à diverses reprises, des hémoptysies légères que, vu l'état d'intégrité des poumons, on avait légitimement rattachées à l'hystérie.

L'autopsie seule aurait permis de résoudre le problème ; malheureusement elle ne fut pas faite. Et encore, si elle avait démontré l'existence d'une hémorragie, il eût fallu établir que celle-ci ne reconnaissait pas une cause autre que l'hystérie. Cependant, dans ce cas, aucune des causes ordinairement productrices de l'hémorragie cérébrale n'avait pu être invoquée. Peut-être même l'autopsie n'eût-elle rien révélé d'appréciable, car il existe, dans la science, un certain nombre d'observations dans lesquelles, la mort étant survenue au cours d'accidents cérébraux, on ne trouva rien à l'autopsie.

M. le Dr Sevestre a vu récemment aussi un enfant de quatre ans et demi chez lequel le diagnostic d'hémorragie cérébrale paraissait s'imposer. Il porta, en conséquence, un pronostic grave. Deux jours après, le petit malade n'avait plus rien. Peut-être fit-il simplement un œdème cérébral passager.

M. Rendu a vu un cas très analogue chez un enfant nerveux, issu de parents nerveux. Là aussi, il s'agissait probablement d'un œdème cérébral passager.

M. Siredey cite deux cas relatifs à des adultes. Dans l'un, on était absolument convaincu qu'il y avait une tumeur cérébrale. Le siège de la tumeur sembla même pouvoir être fixé d'avance avec précision. Or, à l'autopsie, faite avec le plus grand soin, on ne trouva absolument rien.

Dans le second cas, il s'agissait d'une femme de trente-six ans qui fit brusquement, en pleine santé, une hémiplégie classique, flasque, sans convulsions, mais avec coma. Elle n'avait rien au cœur et rien dans les urines. Trois jours après, elle était sur pied.

Les plaies pénétrantes de poitrine.

Dans son étude du traitement des plaies de poitrine, M. le Dr G. *Boignard* fait très sagement remarquer que les plaies de poitrine n'ont pas, à proprement parler, de traitement spécial et que

chaque cas comporte une indication particulière.

Toute plaie, pénétrante ou non, devra d'abord être aseptisée et recouverte d'un pansement antiseptique occlusif.

La tolérance du poumon pour les traumatismes est très grande. Les corps étrangers peu volumineux sont, également, en général bien supportés. On ne devra presque jamais, pour ne pas dire jamais, les rechercher immédiatement. Ils ne justifient l'intervention que dans les cas où ils causent des désordres inflammatoires, ou des douleurs tellement insupportables que le malade lui-même demande l'opération.

L'emphysème sous-cutané, le pneumothorax et les épanchements légers, cèdent la plupart du temps aux moyens médicaux. On devra toutefois surveiller l'apparition de l'infection.

Dans les cas où il y a un hémothorax de moyenne abondance, il faut ponctionner, et faire l'examen bactériologique du liquide.

Si le liquide est trouvé aseptique et qu'il ne se reproduise que lentement, sans tendance à l'augmentation, on pourra le laisser se résorber, ou pratiquer une simple ponction.

Si le liquide est septique, quand même il n'y aurait pas de pus, on devra intervenir en pratiquant la pleurotomie avec résection costale et nettoyer la cavité pleurale par des lavages antiseptiques faibles et bien faits.

Le traitement des infections secondaires : abcès pleural, abcès pulmonaire, comporte le traitement général de ces affections.

S'il y a hernie du poumon, on traversera le pédicule avec un fil double, pour faire une ligature en chaîne, on réséquera ensuite la portion herniée.

S'il y a, dès le début, hémothorax abondant, hémoptysies abondantes, état général grave, que l'hémorrhagie ne semble pas devoir s'arrêter seule, il faudra attendre peu, faire quelques injections de sérum artificiel, rechercher la source de l'hémorrhagie et la tarir quel que soit son point de départ (cœur, poumon, vaisseaux).

Rappelons que, dans toute plaie de poitrine, le principal est le traitement du début. Dès que la plaie vient de se produire, il faut faire rester le blessé dans l'*immobilité absolue* et le soigner sur place, en quelque lieu qu'il se trouve. Sans cette précaution, les caillots, qui obstruent providentiellement tel ou tel gros vaisseau, peuvent se détacher et permettre une hémorrhagie extrêmement grave, sinon mortelle.

Les épanchements périarticulaires dans les traumatismes du genou.

Il existe, dit M. le Dr *Flandrois* dans sa thèse, au niveau du genou, indépendamment des épanchements intra-articulaires de sang ou de sérosité, indépendamment des hygromas pré-rotuliens, pré-tibiaux et sous-tricipitaux, des *épanchements traumatiques, qui se font autour de l'articulation* et siègent soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit sous les lames aponévrotiques, soit dans les bourses tendineuses de la région.

Ces épanchements sont dus à des causes multiples. Causes directes, traumatisme quelconque : il s'agit alors d'épanchement de sang ou de sérosité. Causes indirectes, entorse, arrachement ligamenteux ou osseux ; ce sont presque toujours des épanchements sanguins.

Ces épanchements extra-articulaires revêtent un type clinique spécial. Siégeant ordinairement sur les parties latérales du genou, d'un seul côté ou des deux côtés, ils ont une durée variable, et se terminent le plus souvent par la résolution, laissant après eux peu de gêne fonctionnelle.

Pour les différencier des épanchements intra-articulaires, il faut chercher d'abord l'attitude du membre, qui reste dans la position rectiligne, et la possibilité de la flexion, qui persiste dans tous les cas. Il n'y a pas de choc rotulien. En cas d'épanchement sanguin, la teinte ecchymotique est très marquée et la crépitation très superficielle. Leur siège pourrait suffire à les distinguer des hygromas et des kystes ; mais leur mode de production, leur marche et les caractères de leur réductibilité aident encore au diagnostic.

Pour reconnaître la nature du contenu, on se basera sur les caractères distinctifs des épanchements de sang, de sérosité (matité, crépitation, absence de transparence, ecchymoses cutanées). S'il y a du pus, on trouvera autour du genou des symptômes d'inflammation plus ou moins récente.

Le pronostic est peu grave : les récidives seules sont à craindre.

Le traitement par le repos et la compression est ordinairement suffisant, rarement la ponction sera nécessaire. Quant à l'incision et à l'évacuation de la poche, elle ne devra être appliquée qu'aux épanchements hématiques les plus sérieux.

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

Diagnostic et traitement des ulcérations du col utérin.

L'importance donnée, autrefois, en gynécologie aux « ulcères du col de la matrice » est singulièrement diminuée aujourd'hui. Ce n'est pas que leur nombre soit moins grand, tant s'en faut ; mais l'interprétation que l'on en donne est bien différente de celle qu'on en donnait, il y a 20 ans.

Les anciens ulcères du col de la matrice ont été presque tous rangés dans les excoriations, dans les érosions attribuables à la métrite et ne comptent plus en réalité dans la catégorie des ulcérations de la muqueuse cervicale. Les vrais ulcères sont les plaies avec perte de substance plus ou moins étendue et plus ou moins profonde. Les unes sont bénignes et simples ; les autres sont malignes et néoplasiques ; une 3e classe est celle des ulcérations vénériennes : telle est la classification de de Sinéty que nous adopterons dans l'étude que nous allons entreprendre.

Les ulcérations bénignes sont celles :

A. *De l'herpès.*
B. *Des plaies septiques.*
C. *Des métrites.*

Les ulcérations malignes sont celles :

D. *Des épithéliomas et encéphaloïdes utérins.*
E. *De la tuberculose utérine.*

Les ulcérations vénériennes sont celles :

F. *Du chancre mou ou chancrelle.*
G. *Du chancre syphilitique.*
H. *Des plaques muqueuses.*
I. *Des syphilides tertiaires.*

Les plus fréquentes sont les ulcérations de métrite, les épithéliomas et les végétations chancreuses. Les syphilomes ou gommes, les plaques muqueuses et les tubercules sont beaucoup plus rares.

L'âge a peu d'influence sur la prédisposition à telle ou telle ulcération, étant donné qu'on ne peut arguer de la jeunesse ou de la vieillesse d'une femme pour affirmer qu'elle n'a pu être contagionnée par Vénus.

Toutefois, chez les femmes jeunes et en pleine activité génitale, on pourra supposer plutôt une affection vénérienne ou de nature catarrhale post-puerpérale ; chez une femme dans la moyenne de la vie entre 30 et 50 ans, un peu avant la ménopause, on devra soupçonner avec vraisemblance, une affection néoplasique. Quoi qu'il en soit d'ailleurs des apparences, il faut se défier de toute idée préconçue avant l'examen direct. Nous n'insisterons pas sur le peu de valeur qu'il faut attribuer aux protestations de vertu d'une femme, contre l'hypothèse d'une affection vénérienne : le médecin sérieux ne doit faire entrer en ligne de compte aucune considération de ce genre.

I

DIAGNOSTIC PAR LE TOUCHER.

L'interrogatoire n'apprend généralement que des détails vagues et sans importance : les malades ont de la leucorrhée plus ou moins abondante, quelques tiraillements abdominaux, lombaires, inguinaux, quelques troubles menstruels et c'est à peu près tout. Toutefois, il y a quelques renseignements qui ont leur importance. Une personne dont la santé générale s'altère, dont l'amaigrissement est rapide, qui ressent de violentes douleurs abdominales et qui a des pertes de sang fréquentes, même si elle est encore jeune, peut être atteinte d'épithélioma ou de cancer utérin. Une autre malade qui présente à la vulve, ou au voisinage de l'anus, un chancre mou bien caractérisé, peut très bien avoir un autre chancre mou sur le col de l'utérus. Enfin, une tuberculeuse pulmonaire, laryngée, ou péritonéale peut fort bien avoir des ulcérations tuberculeuses du col utérin.

Les ulcérations labiales dues à l'herpès, pourront faire présumer qu'il en existe au col de l'utérus. L'existence de plaques muqueuses buccales, linguales, pharyngiennes, anales, vulvaires, seront des indices qui permettront de soupçonner les plaques muqueuses utérines.

Ceci posé, le doigt exercé peut-il reconnaître l'existence, puis la nature des ulcérations du col utérin, par le simple toucher vaginal ? En général, oui.

Mais, il y aurait bien souvent des erreurs si on s'en remettait exclusivement à ce moyen.

Une seule ulcération doit n'être explorée et reconnue que par le toucher vaginal ; c'est celle du cancer, que le spéculum aggraverait et risquerait de compliquer.

Mais, voyons successivement les différents cas qui peuvent se présenter. Au lieu d'une saillie lisse, de consistance ferme et égale, percée en son centre d'un orifice plus ou moins circulaire, déchiré ou entr'ouvert légèrement, qui représente le museau de tanche d'une femme saine nullipare ou multipare, le doigt qui pratique le toucher vaginal vient de constater sur le pourtour de l'orifice du canal cervical ou sur une des lèvres antérieure ou postérieure, une ulcération plus ou moins étendue.

Quelle peut en être la nature ?

Irrégulière, déchiquetée, sur une des lèvres du col au voisinage du canal cervical : ce peut être une plaie septique due à un corps étranger contondant, introduit soit dans un but balistique, soit dans un but d'avortement criminel. Ce peut être une plaie produite par une canule à injection cassée ou ébréchée. Enfin, ce peut être une plaie consécutive à un accouchement brusque ou au contraire, laborieux. Les commémoratifs permettront généralement de faire ce diagnostic et l'examen au spéculum le confirmera. Si la plaie ulcéreuse est irrégulière, tomenteuse, dure par places, ramollie en d'autres, si l'utérus est comme immobilisé, ankylosé dans une masse dure s'étendant jusqu'au rectum ou jusqu'à la vessie, si le doigt retiré exhale une odeur infecte et pénétrante, et si l'ongle ramène un petit fragment de tissu mou, saignant, également nauséabond, il ne peut être question que d'un épithélioma ou d'un encéphaloïde utérin. L'âge de la malade et sa cachexie habituelle, aideront d'ailleurs souvent le gynécologiste embarrassé. L'examen au spéculum serait non seulement inutile, mais dangereux, si le néoplasme avait déjà envahi le vagin ou les annexes, car l'instrument pourrait provoquer des déchirures et des hémorrhagies terribles.

Si, en même temps qu'une ulcération du col, on a remarqué des signes non douteux de tuberculose pulmonaire, laryngée ou péritonéale, il n'y a guère de doute que l'ulcération ne soit tuberculeuse. Généralement assez étendues et profondes, les ulcérations dues à la tuberculose sont irrégulières, sanieuses et présentent, par places, des saillies plus ou moins dures qui sont constituées par des tubercules à des degrés divers.

Le chancre syphilitique, les plaques muqueuses, les ulcérations tertiaires sont, pour ainsi dire, impossibles à diagnostiquer par le toucher seul. Il en est de même pour l'herpès ulcéré.

Quant au chancre mou ou chancrelle, la constatation de plaies de même nature à la fourchette, sur les lèvres vulvaires, à l'anus, au clitoris, et dans le vagin est suffisante pour interdire toute hésitation.

Le chancre mou du vagin et surtout du col utérin, est rare relativement aux autres sièges de cette affection inoculable et contagieuse. Il est presqu'impossible que le col soit inoculé seul, à moins que l'inoculation n'ait pas une origine vénérienne, mais soit imputable à un instrument malpropre, à un hystéromètre, par exemple.

Les érosions des métrites sont difficilement reconnues par le toucher, qui ne peut que fournir des renseignements d'étendue et de consistance.

II.

DIAGNOSTIC AU SPÉCULUM.

En dehors du cas où le toucher a fait supposer l'existence d'un cancer utérin, le spéculum est l'instrument complémentaire indispensable pour faire le diagnostic d'une ulcération du col utérin.

Quel que soit l'instrument employé, il est né-

cessaire de se placer dans des conditions parfaites d'éclairage, pour ne laisser passer aucun détail.

Les plaies ulcéreuses dues à des instruments septiques, balistiques, abortifs ou à des canules ébréchées se reconnaissent aisément à leur peu d'étendue, à leur irrégularité et à leur tendance à la cicatrisation, dès que la cause est supprimée. Les exsudats grisâtres, diphtéroïdes qui s'y produisent, n'indiquent pas des complications : c'est un aspect habituel des plaies des cavités naturelles.

Les plaies, par accouchement récent, siègent sur les bords déchiquetés du canal cervical et s'accompagnent de béance exagérée de ce canal.

Les plaies par caustiques (acide chromique, nitrate d'argent ou fragments de sublimé d'une injection, mal dissous) sont des ulcérations superficielles, siégeant généralement sur tout le pourtour de l'orifice utérin, et ne ressemblant guère qu'aux ulcérations superficielles des métrites.

Les ulcérations de vésicules d'herpès peuvent se rencontrer sur le col comme sur le gland de l'homme. Jamais, on n'assiste à l'éruption des vésicules d'herpès, à moins que le hasard n'ait fait porter l'examen au spéculum juste au moment où se produit cette éruption, qui est très éphémère. Les vésicules se produisent généralement au moment des menstrues, soit au milieu, soit vers la fin, soit même à l'époque où elles devraient venir et où elles sont suspendues pour tel ou tel motif (aménorrhée de chlorose, aménorrhée de déviation utérine, aménorrhée des opérées des annexes). Les ulcérations sont petites, arrondies, polycycliques, éparpillées ou solitaires, rouges sur leurs bords, grisâtres au centre, leur base n'est pas indurée. Il n'y a pas de ganglions appréciables dans les aines ; mais en revanche, il y a fréquemment des ulcérations semblables aux lèvres, à la bouche, aux amygdales, etc.

Nous arrivons aux érosions de la *métrite*. Blennorrhagique ou septique, puerpérale ou catarrhale, la métrite donne fréquemment lieu à une desquamation épithéliale de l'épithélium de revêtement pavimenteux qui recouvre le museau de tanche, au pourtour du canal cervical. Cette desquamation est tantôt circulaire, tantôt plus intense sur la lèvre antérieure, tantôt sur la lèvre postérieure. La surface est rouge vif, lisse ou granuleuse, plus ou moins saignante. C'est l'ancien ulcère du col de la matrice, que les charlatans de la gynécologie exploitent et entretiennent à force de cautérisations et qui en réalité n'a pas de gravité. C'est un indice d'endométrite cervicale chronique et une cause fréquente de stérilité.

Quelquefois ces érosions persistantes sont dues à un épithélioma intra-utérin, qui ne se révèle que tardivement.

Dans quelques cas, l'ulcération de petits kystes du col utérin, auxquels on a donné le nom d'œufs de Naboth, offre une petite difficulté de diagnostic ; mais, ce cas est fort rare et la cicatrisation facile et rapide.

Il faut se garder, au spéculum, de prendre pour une ulcération véritable du col utérin, la saillie entre les lèvres entr'ouvertes du col utérin d'un polype fibreux intra-utérin ulcéré. On ne prendra pas non plus pour une ulcération la muqueuse du canal cervical en ectropion à travers l'orifice. Il suffit d'y regarder de près pour éviter pareille erreur.

En ce qui concerne le cancer, nous avons exposé les motifs qui doivent faire éviter l'examen au spéculum.

Tout au plus est-il permis, en cas d'hésitation, de détacher, avec l'ongle ou une petite curette, quelques fragments de tissu rongé, pour en pratiquer l'examen histologique.

Quand l'épithélioma est au début, le spéculum peut être introduit et on constate, outre un état lisse, granuleux, rouge vif du col utérin, un suintement continu par l'orifice cervical ; parfois, la muqueuse présente des fongosités mollasses ou au contraire des cratères sanieux, anfractueux, comme taillés à l'évidoir. Habituellement, l'odeur exhalée est infecte ; mais il y a des exceptions où le cancer n'exhale que fort peu d'odeur. En revanche, M. Morange a signalé, récemment, des cas d'endométrite putride non cancéreuse chez des femmes âgées : c'est l'examen histologique et l'efficacité du traitement qui ont établi le diagnostic.

Les ulcérations utérines tuberculeuses sont profondes, anfractueuses, déchiquetées, et souvent accompagnées de tubercules jaunâtres siégeant au fond ou sur les bords de l'ulcération.

Les ulcérations vénériennes sont d'aspect varié et parfois bien difficile à reconnaître.

Le chancre mou ou chancrelle est rarement seul au col utérin ; il envahit le vagin ou seulement les culs-de-sac : c'est une ulcération rouge, irrégulière, suppurant abondamment, à bords taillés à pic, décollés, ayant grande tendance à l'envahissement, peu douloureux, et accompagné fréquemment d'engorgement ganglionnaire.

Le pus est virulent et inoculable au porteur, principalement aux membres inférieurs : ce chancre est exceptionnel dans les régions au-dessus de l'ombilic.

Le chancre syphilitique primitif est une ulcération arrondie ou ovalaire, recouverte d'une membrane diphtéroïde, indolore, plutôt semblable à une papule qu'à un ulcère : il a une couleur grise, d'aspect « triste », suivant l'expression de Ricord : ses bords sont comme légèrement ourlés et peu différents comme couleur du reste de la muqueuse : il n'y a ni rougeur vive, ni couleur réellement jambonnée. La base est indurée, parcheminée, mais il est parfois difficile de s'en rendre compte. Les ganglions inguinaux sont rarement engorgés ; car les lymphatiques utérins vont aux ganglions iliaques et lombaires. Il n'y a que rarement de la suppuration au fond de l'ulcère de ce chancre, qui a plutôt une apparence cornée grisâtre. Parfois, on rencontre côte à côte plusieurs chancres syphilitiques, sur le même col utérin. Parfois aussi, il existe un chancre mou à côté d'un chancre syphilitique : c'est le chancre mixte dont l'interprétation est fortement ardue. Le chancre mou est inoculable au porteur ; le chancre syphilitique n'est pas inoculable sur la même personne.

Les syphilides secondaires ou plaques muqueuses, sont rares au col utérin : elles siègent plutôt à la vulve, à la fourchette, à l'anus, aux cuisses, à l'entrée du vagin. Toutefois, il y en a parfois jusque sur le col utérin. Ce sont de pe-

tites plaques circulaires ou ovalaires de couleur blanche, opaline, bordées de rouge légèrement jambonné. Habituellement multiples, parsemées sur le museau de tanche, jusqu'au voisinage de l'orifice cervical. Enfin, comme nous l'avons fait remarquer, ces plaques syphilitiques secondaires sont toujours répandues en d'autres régions, sur le vagin ou à l'anus, ce qui permet de les diagnostiquer aisément.

Les gommes ou syphilomes tertiaires, quoique très rares au col utérin, peuvent s'y rencontrer comme partout ailleurs. La fonte de ces gommes détermine de larges pertes de substance assez analogues aux gommes des amygdales. Les cavernes et cratères, creusés dans le tissu utérin, sont profonds, déchiquetés, grisâtres et saignants et les apparences extérieures sont fort analogues à celles de l'épithélioma. Dans le problème du diagnostic, il faut alors faire entrer 3 choses en ligne de compte :

1° Les commémoratifs (accidents antérieurs, pas de douleurs, pas d'hémorrhagies, en faveur de gommes syphilitiques) ; 2° l'âge de la malade ; 3° le traitement par l'iodure de potassium et le mercure ou par les injections sous-cutanées de calomel (Balzer, Jullien). L'efficacité du traitement spécifique suffit à elle seule pour lever tous les doutes. Au contraire, le cancer est singulièrement rebelle à tout traitement et quelquefois même aggravé par les injections de calomel.

III.

DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE ET BACTÉRIOLOGIQUE.

Nous serons brefs sur ce chapitre trop souvent inabordable aux cliniciens et nous nous bornerons à énumérer les différents caractères propres à chaque ulcération, au microscope.

L'examen histologique de fragments d'ulcères cancéreux montre la présence des proliférations épithéliales et des éléments caractéristiques des différentes variétés de cancer (épithélioma encéphaloïde, sarcome).

L'examen microbiologique des ulcérations de métrite chronique démontre fréquemment l'existence dans les sécrétions, dans les leucocytes et les globules de pus, des gonocoques de Neisser, accouplés deux par deux ou quatre par quatre et facilement colorables par le bleu ou le violet de méthyle.

L'examen du pus des chancres mous simples, fait découvrir, presque constamment, l'existence d'un bacille décrit par Unna, de Hambourg, et qui présente cette particularité de ne se colorer bien nettement par le violet de gentiane qu'à ses deux extrémités qui semblent ainsi légèrement renflées. Le liquide de Gram (iodo-ioduré) décolore ces bacilles.

Enfin, les bacilles de Koch peuvent être décelés dans les débris des ulcères tuberculeux. Tels sont les renseignements fournis par le microscope dans l'étude des ulcères du col de l'utérus. Ils ont certes une grande importance, car ils sont pathognomoniques ; mais, en général, on n'y a pas recours et le diagnostic clinique est reconnu suffisant.

(A suivre).

Dr Paul Huguenin.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Assistance médicale.

Paramé (Ille-et-Vilaine), le 31 mai 1896.

Monsieur le Directeur,

Je viens de lire, avec surprise, dans le *Concours médical* du 30 mai, les explications que vous a données le ministère de l'intérieur, relativement à ma plainte sur le refus de me régler mes honoraires conformément au tarif kilométrique de 1895. J'ai simplement reçu, moi, il y a quelques jours, notification du refus du ministre, sans aucune explication. La note est ainsi conçue :

« Le ministre de l'intérieur à M. le Préfet d'Ille-et-Vilaine.

« J'ai pris connaissance des explications que vous m'avez données, au sujet de la réclamation formée par M. le Dr Ronsin, médecin à Paramé, qui se plaint de ne pouvoir obtenir de votre préfecture la rémunération de ses services.

« Il résulte de vos explications, que la requête de M. le Dr Ronsin n'est point fondée et qu'elle ne comporte pas d'autres suites.

« Je vous prie de vouloir bien informer le réclamant de ma décision et de lui faire remettre les pièces ci-jointes qu'il avait annexées à sa plainte. »

N'ayant reçu aucune explication, dans cette courte note, je suis donc obligé de m'en rapporter à celle que vous a communiquée le ministère de l'intérieur. On se base sur la circulaire préfectorale du 29 décembre 1895, pour me dire que j'ai été tenu, à temps, au courant de la nouvelle organisation, et qu'en conséquence je devais donner ma démission le 1er janvier. Eh bien ! ceci est complètement erroné pour les deux raisons suivantes :

D'abord il est inexact que la préfecture nous ait envoyé, le 29 décembre 1895, cette circulaire, que je vous envoie en communication, pour que vous puissiez vous-même juger les choses de visu. Elle ne nous a été adressée que vers le 20 ou 25 janvier 1896, c'est-à-dire 3 semaines après la prétendue organisation du nouveau service. Mais voyez.... l'habileté, j'allais dire autre chose, de l'administration. Pour faire croire que la circulaire nous a été réellement envoyée le 19 décembre, on a eu soin de mettre cette date *à la plume*, en haut de la circulaire qui, elle, est imprimée. En outre, pour nous empêcher de faire la preuve que nous ne l'avions reçue qu'à la fin de janvier, on s'est bien gardé de nous l'adresser, comme toutes les autres pièces relatives à l'assistance médicale, par la voie hiérarchique (sous-préfecture et mairie) ; elle est venue par la poste, affranchie à cinq centimes. De cette façon il ne reste aucune trace de l'époque à laquelle nous est parvenue cette circulaire. Evidemment dans ses explications, le Préfet a affirmé, au ministre, que cette circulaire nous avait été adressée avant le 1er janvier.

Mais il y a plus : nulle part il n'est question, dans cette circulaire, comme l'affirme la note que vous a communiquée le ministère, de l'époque à laquelle devait débuter le nouveau service. Elle dit simplement que « le Conseil général a substitué le tarif de l'abonnement au tarif kilométrique en vigueur » et que « dès que le nouveau règlement modifié sera approuvé par la commission départementale qui a reçu délégation spéciale à cet effet, je m'empresserai de vous en faire parvenir un exemplaire. Je vous serai obligé, après réception de ce règlement, de me faire savoir si vous continuerez à assurer ce service d'après les nouvelles bases établies. » En bonne logique, je ne pouvais me croire, au reçu de cette circulaire fin janvier, obligé de démissionner immédiatement, puisque le nouveau règlement n'était pas adopté, et qu'on ne me demandait mon acquiescement qu'après sa réception. Néanmoins, pour éviter tout malentendu, j'allai de suite trouver le maire de Paramé, qui est aussi conseiller géné-

ral du canton de Saint-Malo, et lui demandai à quelle époque commencerait le nouveau service. Il me répondit : « N'ayant reçu aucun ordre à cet effet, nous continuerons à vous envoyer des feuilles de visite suivant l'ancien règlement. Faites donc vos visites comme par le passé. Dès que nous aurons reçu des ordres contraires, nous vous préviendrons. » Devant une invite aussi formelle, et venant d'un conseiller général qui avait pris part à la réorganisation de la médecine gratuite, je ne doutais pas que l'ancien règlement ne fût applicable jusqu'à la réception du nouveau. Vous connaissez le résultat.

Comme vous le dites fort bien, les médecins pris au pied levé, sans avoir le temps de se retourner, ont accepté, sauf trois, la nouvelle organisation. Mais la première réunion du syndicat d'Ille-et-Vilaine, qui avait mis cette question à son ordre du jour, a vigoureusement houspillé cette organisation, et fait voir que si les médecins l'avaient aceptée... (provisoirement du moins), c'était pour ne pas désorganiser le service en plein fonctionnement, et qu'ils se réservaient de réfléchir avant de prendre une résolution définitive. Qu'importe ! le truc administratif avait néanmoins évité la pluie de démissions, réduites à trois. Il a été convenu que le bureau du syndicat irait porter à la Préfecture les doléances du corps médical, réclamant la réorganisation du service de l'assistance médicale sur des bases plus équitables, notamment avec la rémunération à la visite et la liberté pour l'indigent de choisir son médecin parmi les adhérents, comme cela existe dans plusieurs départements voisins (Mayenne, Loire-Inférieure, Manche, etc.). Les choses en sont là.

Agréez, Monsieur le Directeur, etc.

D[r] Ronsin.

Comme on le voit par cette lettre, nous avions raison de formuler des réserves au sujet de la solution proposée, dans ce conflit, par la direction de l'Assistance publique.

Il devient évident que l'affaire a été instruite sur les seuls renseignements fournis par l'Administration préfectorale, et que ceux-ci étaient incomplets et inexacts. La circulaire du Préfet, et l'attestation du maire de Paramé, que nous venons d'avoir, toutes deux, entre les mains, prouvent surabondamment que la question reste posée, et qu'il faut en appeler, du ministre, au ministre mieux informé.

BULLETIN DES SYNDICATS

Le livre noir.

Nous lisons dans *les Annales politiques et littéraires* du 31 mai :

Monsieur Sergines,

J'ai lu, dans vos dernières notes, une petite scène composée par Graindorge, pour stigmatiser le « Livre noir » des médecins de l'Hérault. Les journalistes qui clament à l'infamie, n'ont pas compris dans quel but ce livre était institué. Pour le montrer, j'ai emprunté trois scènes de la vie de tous les jours. Tous les traits en sont exacts, je vous le jure, et ce client-là représente les quatre cinquièmes de ceux qui ne paient pas. Quant au reste, les vrais malheureux, aucun médecin ne les inscrira sur le Livre noir.

Voici la scène, sténographiée par notre correspondant :

PERSONNAGES

Un ouvrier qui gagne de bonnes journées, mais fête dimanche et lundi ; *sa femme*, *ses enfants*.

Le médecin qui a, comme l'ouvrier, une famille à nourrir, mais des frais bien plus considérables et ne peut se reposer, même le dimanche.

SCÈNE I[re]

Intérieur d'ouvrier, malpropre, en désordre. Le médecin a soigné un enfant pour une longue maladie : on l'a appelé la nuit comme le jour, parfois inutilement. Il en est enfin à sa dernière visite :

Le médecin. — Allons, le bébé va bien. Ne le sortez que s'il fait beau ; enveloppez-le et ne le bourrez pas de friandises. Il n'a plus besoin de moi. Maintenant, songez à ma note de l'an dernier.

L'ouvrier, *d'un ton plaignard.* — Ah ! monsieur, la maladie ne fait pas entrer d'argent chez nous. Le pharmacien coûte cher.

(*N. B.* — Le brave homme dira au pharmacien : le médecin coûte cher.)

Le médecin. — Oui, je sais, cependant je réduis votre note autant que possible. Mais apportez un acompte, montrez de la bonne volonté au moins. Adieu.

SCÈNE II

Dans la rue, le dimanche suivant, après midi. L'ouvrier, titubant, rencontre le médecin, le regarde en face sans saluer, et, un peu plus loin, dit tout haut :

— Muff'va ! Il a pas l'air de reconnaître un pauv' ouverrier. Plus souvent que t'auras de mon argent !

SCÈNE III

Le même soir, très tard, la femme prend l'air devant sa porte et cause avec les voisins.

Oui, nous avons fêté la guérison de not' petit dernier. Je leur ai fait cuire un beau poulet gras, de six francs et un morceau de veau, du meilleur. J'ai envoyé ma fille chercher un grand gâteau à la crème. Rien que du vin à seize, et nous buvions d'la jaune au verre.

Une voisine (qui paie ce qu'elle doit et qui en est fière). — Vous feriez mieux de payer vot' médecin, plutôt que de vous enivrer.

La femme. — I' gagne assez, c't'homme, i' n'a pas besoin de nos sous pou' vivre. Si n'est pas content, qu'i reprenne son ouvrage.

La voisine. — A la fin des fins, il ne voudra plus venir chez vous.

La femme. — Y en a d'autres, et puis y a l'hôpital.

A ce moment, un enfant à qui la crème du gâteau ne réussit pas, est pris d'indigestion. Le père rentre, très allumé par les libations de la soirée. Dès qu'il comprend ce qui se passe :

— J'vas chercher le médecin.

La voisine. —Attendez, avant de l' déranger. Avec un peu de camomille chaude et de rhum, ça passera. Mettez-le au lit. Ça vous fera une visite de nuit en moins.

L'ouvrier. — Pour ce que ça me coûte, je m'en moque... I' n'est pas médecin pour les bêtes.

(*N. B.* — A la campagne, les clients qui ne paient pas leur médecin ne font pas tous ripaille, mais mettent précieusement de l'argent à la caisse d'épargne, pour acheter un lopin de terre).

Le secrétaire d'un syndicat médical.

Association syndicale des Médecins de l'Oise.

17 *Mai* 1896.

Présents : MM. Maurat, *Président*, Leroy, Demmler, Queste, Warde, Monin, Patin, Chevallier, Delaporte, Gauron, Mulette, Crouzet, Jacquot, Crouslé de Magny-en-Vexin et Rouillard de Chepoy.

Ces deux derniers confrères demandent leur inscription au nombre des membres du Syndicat ; ils sont admis séance tenante.

Depuis notre dernière réunion le Syndicat a reçu les adhésions de MM. les Docteurs Desgenétez de Creil, Lavergne de Neuilly-en-Thelle, Giraud de Chantilly, Patin de Bresles, Bran-

thomme de Noailles ; ce qui porte le nombre des membres du Syndicat de l'Oise à 59.

Le Président fait part à l'assistance des lettres d'excuse de MM. Gey, de Méru, Chopinet de Crépy-en-Valois, Eymery de Brégy, qui regrettent de ne pouvoir assister à la séance.

Assistance médicale gratuite.

Il donne ensuite, au nom de nos délégués, des explications confirmées par MM. Bailly et Chevallier, ses collègues, touchant le fonctionnement du service de l'assistance.

Le total des mémoires pour l'assistance médicale gratuite dans le département de l'Oise a été :

Pour les médecins de.........	65.775 05
Pour les pharmaciens de.....	33.166 54
Pour les sages-femmes de....	1.134 65

Après examen dans les bureaux, pour cause de voyages multiples irrégulièrement comptés, d'erreurs de distance, etc., ces mémoires ont été réduits à :

Médecins.....................	64.773 55
Pharmaciens..................	32.947 12
Sages-femmes.................	927 50
Total......	98.648 17

Les recettes ont été pour 15.434 indigents inscrits

de.......................................	76.332 »
à laquelle somme il faut ajouter.........	4.603 40
à recouvrer sur divers, soit total..........	80.935 40
Les hôpitaux ont coûté....................	20.789 60
L'inspection du service................ ...	1.000 »
En déduisant de la somme totale.........	21.789 40

qui ne devaient pas être soumis à la réduction, il restait à répartir entre les médecins, les pharmaciens et les sages-femmes, 80.935 40—21.789 60, soit 59,145 80.

La commission a réduit les mémoires des médecins d'environ 10.000 francs, ramenant les mémoires médicaux à 55.346 francs.

Malgré cette réduction, il y avait encore une insuffisance de ressources, telle que la réduction générale sur les honoraires des médecins et des sages-femmes, en même temps que sur les mémoires des pharmaciens fut d'environ 33 %.

Cette réduction ne fut cependant décidée qu'après la promesse de M. le Préfet, de demander un supplément de crédits au Conseil général ; si, en effet, les crédits étaient insuffisants, cela ne tenait pas plus aux dépenses excessives, qu'aux insuffisances de recettes par suite du mauvais vouloir d'un certain nombre des maires qui ne s'étaient pas conformés à la loi et qui n'avaient inscrit leurs indigents sur la liste d'assistance qu'au fur et à mesure qu'ils tombaient malades. De ce lait les médecins ne pouvaient pas être rendus responsables.

Le Conseil général a accordé une somme de dix-huit mille francs, ce qui ramènera la réduction sur les mémoires à environ 12 o/o. Le président a remercié M. le Préfet au nom des médecins du service.

De l'une de nos précédentes réunions et de correspondances entretenues avec différents médecins du service de l'assistance, il semble résulter que nous ne voudrions plus, ni les uns ni les autres, du système actuel, c'est-à-dire du paiement à la visite avec *réduction proportionnelle pour cause d'insuffisance de recettes.*

D'un autre côté, les pharmaciens du service, qui ont, aujourd'hui même, une réunion à Compiègne, sont décidés à n'accepter, dans l'avenir, aucune réduction pour la même cause d'insuffisance de recettes.

Enfin la Commission départementale s'est prononcée contre la continuation de la rémunération à la visite, et le Conseil général, dans la séance du 15 avril dernier, a voté en principe la rétribution du service médical par le procédé de l'abonnement.

En annonçant à M. Préfet que le Syndicat de l'Oise devait se réunir à Creil le 17 mai, le Président lui avait demandé s'il lui serait possible de faire connaître, pour cette époque, les bases principales de ce nouveau projet d'organisation.

Mais, M. le Préfet, dans sa lettre du 5 mai dernier, lui a répondu qu'il ne pouvait, dès maintenant, faire connaître les bases de cet abonnement qui doit être substitué au paiement à la visite, parce que ces bases ne sont pas encore arrêtées.

Il a ajouté qu'il prendrait connaissance avec intérêt des vœux et observations que le Syndicat des médecins de l'Oise pourrait avoir à produire.

L'assemblée pense que, dans ces conditions, il y a lieu de discuter, dès maintenant, le remplacement du paiement des honoraires à la visite par le paiement à l'abonnement et la discussion est ouverte sur cette question,

Le docteur Maurat signale à ses confrères l'organisation du département de Seine-et-Oise qui fonctionne depuis de longues années, à la satisfaction générale.

Dans ce département, il est payé au médecin 2 fr. 50 par an et par tête d'indigent habitant la commune.

Une indemnité de 0 fr. 50 par kilomètre, par an et par tête d'indigent, est ajoutée lorsque l'indigent habite une commune où il n'y a pas de médecin.

L'indigent choisit, pour un an, son médecin dès son inscription sur la liste.

Les correspondances échangées avec nos confrères de Seine-et-Oise et les conversations qu'il a eues avec quelques-uns d'entre eux, lui permettent de vous dire que ce système est parfaitement acceptable.

Il aurait entre autres avantages celui de supprimer les paperasses, dont la plupart d'entre nous se sont plaints, et l'honorabilité du corps médical serait à l'abri de tout soupçon.

Il ajoute que la somme d'argent touchée par nous serait sensiblement la même que celle de cette année, et pense que le système de Seine-et-Oise peut être accepté par les médecins du service de l'assistance publique dans l'Oise.

Tous les membres présents prennent part à la discussion. MM. les docteurs Queste, Monin et quelques autres disent qu'ils préféreraient continuer dans les conditions de l'année passée. Ce n'est pas l'avis général et il leur est, du reste, fait observer que la question ne se pose pas ainsi, puisque la Commission, d'une part, et le Conseil général, d'autre part, ont admis *le principe* de la rémunération à l'abonnement.

M. le docteur Demmler qui, bien que souffrant, s'était fait transporter à la réunion, dit que la rémunération à l'abonnement ne serait possible que si tous les membres d'une même famille étaient inscrits nominativement, et que si les maires pouvaient être contraints à inscrire sur leurs listes tous les indigents, qui, légalement ont le droit d'y figurer.

M. Bailly fait observer que M. le Préfet paraît absolument disposé à prendre les mesures nécessaires pour les y obliger. Entre autres mesures coercitives il compte demander, au Conseil général, que tout indigent inscrit au cours de l'année reste à la charge exclusive de la commune.

M. le docteur Leroy fait alors observer que cette mesure n'aura de valeur que si la commune est obligée, dans ce cas, à rémunérer le médecin au tarif de l'année passée, c'est-à-dire à la visite.

Plusieurs confrères sont d'avis que le tarif à l'abonnement ne saurait comporter les opérations de grande chirurgie et les accouchements. Les médecins devraient être payés sur mémoires soumis à la vérification des membres *médecins* de la commission départementale et d'après un tarif établi à l'avance.

Le président résume la discussion et propose à l'assemblée le vote des vœux suivants qui seront transmis à M. le Préfet :

1° Rémunération du médecin à l'abonnement aux prix de 2 fr. 50 par indigent inscrit habitant dans sa localité. — Indemnité de 0 fr. 50 par kilomètres et par tête pour les indigents habitant une localité dépourvue de médecin. De telle sorte que le médecin reçoive, pour chaque indigent inscrit, distant de 2 kilomètres, 3 fr. 50 ; 3 kilomètres, 4 fr. ; 6 kilomètres, 5 fr. 50, etc., etc ;

2° Obligation d'inscrire sur les listes d'indigents, nominativement, les membres d'une même famille ;

3° Obligation pour la commune de payer, *au tarif de la visite*, les soins donnés aux indigents non inscrits sur la liste au commencement de l'année ;

4° Rémunération spéciale pour les grandes opérations et les accouchements.

Ces quatre articles sont votés par l'assemblée, mais M. le docteur Jacquot fait alors remarquer que le nombre des médecins, présents à la réunion, n'est pas suffisant pour engager une question aussi grave. Il propose d'envoyer à chaque médecin du service le compte rendu de la présente réunion. Il déplore qu'un si petit nombre de nos confrères ait répondu à l'appel du bureau du syndicat. Mais il espère, néanmoins, que tous voudront bien répondre par écrit.

Les membres du Syndicat consultés décident que la proposition du docteur Jacquot est acceptée et que, en même temps que le présent compte rendu, il sera envoyé à chaque médecin du service, sur une feuille séparée, le questionnaire avec prière de répondre le plus vite possible.

Les membres du service de l'Assistance présents à la réunion remercient leurs confrères MM. Bailly, Chevallier, Maurat, du dévouement qu'ils ont apporté à l'accomplissement de leur tâche comme délégués à la Commission départementale.

Assurances sur la vie.

La parole est ensuite donnée au docteur Jacquot, qui s'élève contre la prétention nouvelle des compagnies d'assurances sur la vie, d'exiger, sans la payer, une analyse d'urine pour chaque certificat. Il dit avoir refusé d'examiner un malade dans ces conditions et devoir agir ainsi dans l'avenir.

M. le docteur Maurat répond que, pour son compte, il ne fait pas l'analyse de l'urine lorsqu'elle ne lui est pas payée et qu'il mentionne son refus motivé sur le certificat. Il n'aurait pas eu jusqu'à ce jour à regretter cette manière d'agir.

REPORTAGE MÉDICAL

Accident mortel dû à la sérothérapie préventive. — Un pénible accident, s'était produit dans la famille du Dr Langerhans, professeur à la Faculté de Médecine de Berlin, et avait provoqué un vif émoi dans le monde médical de la capitale allemande. Des cas de diphthérie s'étant produits dans la maison habitée par le prof. Langerhans, ce dernier crut devoir immuniser son fils, âgé de vingt mois, au moyen d'injections avec le sérum de Behring. Or, une demi-heure après l'inoculation, l'enfant, jusque-là très bien portant, succomba en quelques minutes, au milieu des plus vives souffrances. Le parquet avait ordonné de procéder à l'autopsie du cadavre du jeune Langerhans. Le père avait cacheté le flacon contenant le reste du sérum antidiphthérique et l'avait envoyé au parquet, avec prière d'examiner le remède.

Dans les journaux avait paru sous la signature du Dr Langerhans, l'avis suivant : « Notre enfant est mort hier subitement, en pleine santé, à la suite d'une inoculation du sérum Behring, destinée à lui procurer l'immunité contre la diphthérie », etc. La forme donnée à cet avis mortuaire causa une grande sensation dans le monde médical. M. Langerhans avait perdu, l'an dernier, deux de ses trois enfants de la diphthérie.

Ces jours derniers le professeur *Ehrlich*, chargé de l'examen du sérum, a déclaré qu'il était parfaitement pur et actif et que puisque d'autres enfants du même âge en avaient reçu des doses plus élevées, la mort de l'enfant demeure inexpliquée.

— *Le relèvement scientifique de la pharmacie.* — Les étudiants en pharmacie de Paris viennent de fonder une association comprenant l'universalité des étudiants en pharmacie de France, les professeurs des diverses écoles, les pharmaciens établis.

Cette association n'a pas un but commercial ; c'est une association de jeunes qui veulent que la pharmacie reprenne dans le monde scientifique le rang auquel elle a droit.

Nous leur adressons nos plus sincères félicitations.

— *Sociétés de secours mutuels et secret professionnel.* — Au cours de la discussion, en première lecture, du projet de loi sur les Sociétés de secours mutuels, la Chambre des députés vient d'adopter un article 7 ainsi conçu :

« Dans les trois premiers mois de chaque année les Sociétés de secours mutuels doivent adresser, par l'intermédiaire des préfets, au ministère de l'intérieur, et dans des formes qui seront déterminées par lui, la statistique de leur effectif, du nombre et de la *nature* des cas de maladie de leurs membres.»

Mais, sur l'insistance de M. Roch qui tenait à sauvegarder le secret professionnel, la Chambre a dû ajouter, à l'article, ce membre de phrase : «Telle qu'elle est prescrite par la loi du 30 novembre 1892. »

C'est dire que la désignation des maladies ne sera obligatoire que pour celles qui sont soumis à la déclaration.

— *Concours d'accouchement.* — Le concours d'accouchement vient de se terminer par la nomination de MM. Tissier et Potocki.

— *La loi sur les universités.* — Le Sénat vient de nommer la commission chargée d'étudier le projet de loi sur l'indépendance des universités. Les membres élus sont tous favorables, ce qui fait espérer que cette loi sera votée par le Sénat aussi facilement qu'elle l'a été par la Chambre.

— *Les Etudiants étrangers.* — M. G. Berry poursuit à la Chambre, sa campagne en vue d'obtenir la délivrance aux étudiants étrangers, pourvus des baccalauréats français, d'un diplôme spécial de docteur en médecine qui ne donnera pas aux titulaires le droit d'exercer en France.

Il a adressé à cet effet, dans la séance de mardi dernier, une question à M. le ministre de l'instruction publique.

Nous rendrons compte des résultats.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Moricourt, de Paris, membre du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 25 20 Juin 1896

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Société de protection des victimes du devoir médical.

Une héroïque infirmière.

Dans les premiers jours de juin, une pensionnaire de la Salpêtrière, petite salle Saint-Louis, par une fenêtre ouverte à cause de la chaleur gagne le chêneau de 0 m. 60 de large, qui règne à 20 mètres au-dessus du sol. Une jeune infirmière, Mme Petit-Barat, accouchée depuis 3 semaines, sans hésitation, s'élance par le chêneau, à la poursuite de la malade et au péril de sa vie, la ramène dans la salle, où elle reçut les félicitations de Mme Veuve Eyt, la très méritante surveillante de l'infirmerie de la Salpêtrière, et de tout le personnel.

Cet acte héroïque si simplement accompli par Mme Petit-Barat, qui a 29 francs d'appointements mensuels, tous nos lecteurs seront d'avis qu'il mérite l'attention de notre Société de protection des victimes du devoir médical, et nous faisons le nécessaire, quoique l'infirmière n'ait pas, heureusement, été victime de son dévouement.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement de la gale par le baume du Pérou.

M. le Dr *Descouleurs*, de Saint-Lazare, vient de consacrer sa thèse inaugurale à l'étude des méthodes de traitement de la gale par le baume du Pérou. Voici ses conclusions en quelques mots :

Le Baume du Pérou est un excellent antipsorique, dont l'action est à la fois rapide et sûre.

Le traitement de la gale, par le Baume du Pérou, peut être appliqué dans des cas où la frotte avec la pommade d'Helmerich est contre-indiquée, soit pour des causes individuelles, soit en raison des complications.

On obtient généralement le Baume du Pérou de la manière suivante :

En décembre, on bat la tige des arbres à Baume avec le dos d'une hache, sur les quatre faces dans une certaine étendue, en ménageant, entre les surfaces battues, une étendue d'écorce égale à elles ; quelques jours après, on carbonise avec des torches ou de la braise les plaques que laissent entre elles les fissures ; ces plaques se *détachent alors en longues bandes faciles* à enlever et le baume s'écoule ; on applique sur les surfaces dénudées des chiffons qu'on retire quelques jours plus tard, quand ils sont entièrement imbibés ; on les plonge dans des vases en terre pleins d'eau, et on les y fait bouillir doucement, en agitant jusqu'à ce qu'ils ne paraissent plus contenir de Baume ; celui-ci se sépare et tombe au fond du vase.

Quand la décoction est refroidie, on décante l'eau et on verse le Baume dans des *tecomates* ou gourdes, dont le contenu est ensuite réuni par les marchands dans les caisses de tôle qui nous parviennent en Europe.

Wilh. Petters recommande le mode d'application suivant contre la gale :

1° Inutilité des lotions savonneuses et des bains préalables.

2° Frictions très légères sur tout le corps avec le Baume du Pérou ; ces frictions, ajoute l'auteur, n'ont nullement besoin d'être énergiques, le Baume, grâce à sa volatilité, pénètre facilement dans les sillons, sans qu'il soit nécessaire de les déchirer.

Une ou deux frictions suffisent pour détruire les sarcoptes et leurs œufs.

3° Bain de propreté quelques jours après les frictions.

Un autre procédé est recommandé par Burckardt :

1° Bain général pour nettoyer et ramollir l'épiderme.

2° Frictions sur tout le corps, sauf la tête, et

en insistant sur les différents sièges de prédilection, avec 50 gouttes de Baume du Pérou.

Il est souvent nécessaire de recommencer les frictions plusieurs fois, surtout si l'individu est peu soigneux de sa personne.

3° Bain de propreté, deux jours après les frictions.

Voici maintenant la méthode adoptée à Saint-Lazare dans le service du Dr Jullien :

1° Pas de bain préparatoire, le baume ramollissant suffisamment l'épiderme et imprégnant les sillons.

2° Le soir, avant de se coucher, frictions, pendant 30 à 40 minutes, au moyen d'un linge ou d'une brosse très fine, sur tout le corps, sauf la tête et en insistant sur les parties les plus fortement atteintes, avec une quantité de Baume du Pérou variant de 30 à 50 grammes suivant l'intensité des lésions ; les malades gardent leur linge et se mettent au lit, le corps ainsi recouvert d'une épaisse couche de baume.

3° Le lendemain matin, après une nuit tranquille, relativement aux précédentes, les malades prennent un bain d'amidon ; on change alors le linge, la literie et les vêtements.

Après une seule friction, les malades sont habituellement guéris ; sinon, et dès qu'on aperçoit de nouvelles lésions galeuses, deuxième friction dans les mêmes conditions que la première ; il est bien rare qu'on soit obligé d'y avoir recours une troisième fois.

— L'emploi du Baume du Pérou présente en somme des avantages nombreux :

Il réduit le traitement de la gale à sa plus simple expression : une friction et un bain.

Il n'est nullement douloureux dans son application.

Il est d'une odeur très agréable.

Il ne détériore pas le linge.

Le meilleur procédé de vaccination.

Nous avons déjà signalé, à deux reprises, les procédés de vaccination et de revaccination de MM. Rafinesque et Raymond. Les résultats obtenus par ces auteurs ont toujours été très encourageants. Toutefois, il faut en revenir, un peu, si l'on en croit les vaccinateurs expérimentés comme MM. Chambon et Saint-Yves Ménard, ainsi que M. le Dr Jorissenne. Certes, la plupart du temps, si les revaccinations échouent, c'est la faute du procédé employé et aussi.... de l'opérateur.

Il faut d'abord bien se rappeler trois points : 1° que l'écoulement du sang est nuisible ; 2° que les scarifications superficielles l'emportent sur les ponctions (les statistiques de Warlomont le prouvaient) ; 3° que les scarifications sont souvent l'origine de pustules géantes, confluentes ou multiples. — En considération de ces faits, le meilleur procédé pour vacciner et pour revacciner paraît être le suivant :

Après avoir savonné la peau, on la désinfecte avec de l'alcool (esprit de vin), rarement de l'éther, celui-ci donnant une sensation de froid qui fait crier les enfants ; l'éther est donc applicable seulement aux enfants d'un certain âge et aux adultes. Quand la peau est parfaitement sèche, on la tend de la main gauche et, au moyen d'un instrument désinfecté à l'oxycyanure de mercure, lancette, bistouri, canif même, mais préférablement petit ténotome à extrémité mousse, pour ne pas être exposé à piquer le patient s'il s'agite — on racle un carré mesurant trois millimètres de côté *au maximum*, de façon à n'enlever que l'épiderme. Le corps muqueux seul est mis à nu ; on s'en aperçoit vite à l'aspect mat du territoire éraflé, surtout si on le regarde obliquement ; en outre, les fins ramuscules sanguins qui y rampent, deviennent nettement visibles. L'art de l'opérateur consiste à ne pas entamer ces vaisseaux, et cet art est bien facile à acquérir ; gratter sans brutalité, progressivement, tâter la résistance de l'épiderme, très variable suivant les individus et les divers points du corps, voilà tout le secret. Il est toujours avantageux de se choisir un terrain uniforme, une peau non granuleuse, sans glandes hypertrophiées, durcies et promptes à saigner par arrachement.

La surface non sanglante, mais assez riche en vaisseaux lymphatiques, est excellemment apte à l'absorption. Le vaccin y pénètre rapidement ; cela se constate sans peine, car il semble se dessécher en un rien de temps. En réalité, il ne se dessèche pas, il disparaît dans les tissus avivés. Ceux-ci ne donnent ni sang, ni liquide parenchymateux appréciable ; le vaccin ne peut être non plus entraîné en dehors de la petite plaie.

La douleur est nulle. Les enfants ne crient pas et s'en amusent souvent. Cependant il vaut mieux ne pas dépasser trois insertions. Pardessus, pas de pansement : de l'ouate aseptisée ou le linge de corps seulement, s'il n'est pas malpropre.

Contrairement à l'avis de M. Rafinesque, M. le Dr Jorissenne affirme qu'une seule insertion est insuffisante et que trois au moins sont indispensables pour préserver sûrement. De même, cet auteur insiste sur la nécessité de ne faire qu'un grattage superficiel, « sans aller jusqu'au sang ».

Enfin, il ne faut pas écouter le préjugé qui consiste à dire que les vaccinations prennent mieux au printemps : c'est une erreur absolue ; ni la saison, ni l'humidité n'influencent la vaccine.

« Cela est fâcheux, d'ailleurs, pour les instituts chargés de la multiplication du vaccin et de sa conservation. Cela entraîne enfin des retards dangereux dans la vaccination des petits enfants, les mères ayant déjà beaucoup de tendance à redouter les douleurs de l'opération. Il est vrai que le supplice était réel quand on plongeait neuf à quinze fois la lancette dans chaque bras ; et j'ai été témoin de scènes révoltantes dans les hospices où opéraient des élèves sages-femmes. Les petits bras étaient sanglants, gonflés et pitoyables après chaque vaccination. C'était plus qu'il n'en fallait pour légitimer les abstentions et... les croisades antivaccinales. Avec les scarifications, toute cette cruauté a disparu, ou à peu près. Mais c'est encore plus anodin quand on pratique le grattage épidermique. Il n'est plus question de douleurs ici ; il y a quelquefois chatouillement agréable, rarement un chatouillement un peu vif, quelquefois rien du tout.

« Espérons donc que les mères ne feront plus opposition et demanderont la vaccination, dans les trois mois après la naissance, pour leurs nourrissons bien portants, dans les deux semai-

nes même, lorsque la variole régnera aux environs. Les expériences de Wolff prouvent que les nouveau-nés ne sont pas réfractaires et qu'ils n'ont pas de fièvre vaccinale. Leur immunisation est réelle. On peut vacciner avec succès dès les premiers jours. Et cela est capital, puisque, sur 5,578 individus morts de variole en 1876, on compte 2,122 enfants âgés d'un an, c'est-à-dire non vaccinés selon toute probabilité ; et cette statistique rapportée par Wolff ressemble à celle de tous les pays. »

Traitement de certaines céphalées rebelles par le calomel.

Le Dr *Galliard*, de l'hôpital Tenon, vient de rapporter à l'Académie de médecine de curieuses observations, où il a eu recours à l'empirisme, pour traiter certaines céphalées rebelles, à pathogénie ignorée, caractérisées, comme la céphalée persistante des neurasthéniques par : 1° leur continuité ; 2° la résistance aux médicaments dits analgésiques, et, d'une façon générale, aux médications usitées. Le Dr Galliard a réussi à guérir cette céphalée chez un certain nombre de malades, par le calomel.

Il prescrit chez l'adulte six doses de calomel de 10 centigrammes pour six jours.

Chacune de ces doses est prise le matin à jeun. On surveillera la bouche au point de vue de la stomatite et on préviendra qu'il y aura, le troisième ou le quatrième jour, des coliques et de la diarrhée.

Les écarts de régime et les refroidissements sont à éviter. Si la première cure de six jours ne donne pas un résultat suffisant, l'auteur en conseille une seconde, après quelques semaines d'intervalle.

Si la seconde cure échoue, il est inutile d'insister davantage.

Traitement de l'iodisme par l'extrait de belladone.

Qui de nous n'a été contrarié dans tel ou tel cas où l'administration de l'iodure s'imposait, par l'apparition et la persistance des accidents congestifs dits d'iodisme ? Comment les éviter ? Par l'arsenic, disent les uns : et c'est, malheureusement, souvent une erreur. Par la belladone, dit M. *Aubert*, dans la *Gazette hebdomadaire*.

L'auteur a eu l'idée d'essayer empiriquement la belladone contre les inconvénients de l'iodure, se basant sur l'action de cette plante ou de son alcaloïde, l'atropine, sur les sécrétions.

Le procédé est des plus simples. Si on ordonne l'iodure à un malade qui, antérieurement, a présenté de l'intolérance, on ajoute d'emblée l'atropine ; si le malade prend l'iodure pour la première fois, pas d'atropine ; y a-t-il de l'intolérance consécutive, la belladone (2 à 6 centigrammes) ou l'atropine (1/2 à 1 milligramme) est ordonnée. C'est donc un traitement plutôt symptomatique que systématique.

CHIRURGIE PRATIQUE

L'ophtalmie purulente des nouveau-nés.

Les enfants nouveau-nés sont souvent atteints, quelques jours après leur naissance, d'une conjonctivite, qui offre au début les caractères de la conjonctivite catarrhale et qui dans la majorité des cas prend rapidement ceux de l'ophtalmie purulente, et peut se terminer par des accidents graves, de nature à compromettre l'organe de la vision. Cette conjonctivite purulente des nouveau-nés est, d'après les recherches les plus récentes, sous la dépendance d'un même agent infectieux que celle qui se produit chez l'adulte dans le cours de la blennorrhagie. On note chez la mère, dans la majorité des cas, un écoulement vaginal ; l'inoculation se fait alors directement au moment du passage de la tête ; depuis que l'on fait pendant et avant le travail des injections vaginales antiseptiques et que l'on donne des soins aux yeux de l'enfant dès sa naissance, cette affection est en effet beaucoup moins fréquente. Toutefois, l'infection peut ne se faire qu'au moment de la naissance, ou dans les jours qui suivent l'accouchement. Dans ce cas l'inoculation a lieu par l'intermédiaire des doigts, des linges, des éponges qui approchent les yeux de l'enfant. Tout en tenant compte de l'influence du terrain, des causes prédisposantes dues à la faiblesse congénitale de l'enfant, à l'influence du froid, de l'humidité, il n'est plus douteux, aujourd'hui, que la cause déterminante est la présence du gonocoque de Neisser. C'est un coccus arrondi, de grande dimension, qui existe soit libre dans le pus, soit contenu dans le protoplasma des globules de pus et des cellules épithéliales. Il s'insinue profondément entre les cellules de l'épithélium de la conjonctive et pénètre jusqu'au corps papillaire, où il détermine une diapédèse abondante ; en un mot, il provoque une inflammation parenchymateuse ; voilà pourquoi les conséquences de l'ophtalmie purulente sont si fâcheuses pour la vitalité des tissus.

Les signes de l'ophtalmie purulente sont faciles à observer et bien connus, mais il est important de la dépister quand elle débute à l'heure où l'oculiste n'a pas encore été consulté. D'ailleurs un spécialiste n'est que rarement appelé et c'est au médecin qui soigne la femme en couches, ou à la sage-femme, qu'il revient, le plus souvent, de faire un diagnostic et de traiter les premiers accidents.

C'est le lendemain ou le surlendemain de l'accouchement qu'on trouve au réveil les yeux ou un œil de l'enfant, agglutinés par une sérosité épaisse et jaunâtre ; cependant, les yeux s'ouvrent d'eux-mêmes et en deux ou trois jours les soins de propreté avec de l'eau boriquée ou de l'eau bouillie suffisent pour faire tout disparaître. C'est une forme atténuée très fréquente. Mais, il est loin d'en être toujours ainsi : dans un degré plus avancé, l'enfant n'ouvre plus ses yeux ; si on soulève la paupière on constate les signes suivants : la conjonctive palpébrale est rouge, luisante ; la conjonctive oculaire est injectée ; les vaisseaux se dessinent nettement autour de la cornée ; quelquefois on remarque des ecchymoses sous-conjonctivales.

Il s'écoule à ce moment une sérosité jaunâtre, assez abondante, qui n'a pas encore l'aspect purulent de plus tard. Les paupières sont chaudes. Le petit malade crie et se défend. Cette première période ne se prolonge, en général, pas au delà de 36 heures.

La deuxième période est caractérisée par

l'apparition du pus : très rapidement, quelquefois du matin au soir, le liquide qui s'écoule des yeux s'épaissit et devient purulent ; son abondance et sa consistance sont souvent telles qu'il se concrète entre les paupières et forme au devant de la cornée une sorte de membrane jaunâtre, qui a pu faire croire, avant tout lavage et à un premier examen, au sphacèle de la cornée. C'est surtout vers le grand angle de l'œil que le pus s'accumule. En même temps, les paupières subissent un gonflement considérable. La paupière supérieure prend un aspect qui fait faire le diagnostic à première vue : elle forme une saillie arrondie, hémisphérique, rouge et luisante, qui surplombe et recouvre plus ou moins la paupière inférieure. Celle-ci est tuméfiée aussi ; la peau rouge, irritée par l'écoulement du pus.

Il est difficile d'examiner directement l'œil par suite du blépharospasme et de la douleur que provoque le moindre attouchement. De plus, il est prudent de ne pas se placer en face du petit malade, car souvent le pus projeté en avant va pénétrer dans l'œil du médecin. Il est indispensable de se servir de petits écarteurs pour soulever la paupière supérieure. On trouve une conjonctive palpébrale tuméfiée, d'un rouge foncé, saignante, couverte de petites granulations. La conjonctive bulbaire est épaissie, formant un véritable chémosis léger, chez le nouveau-né, plus marqué en bas dans la partie qui correspond à la paupière inférieure ; ce chémosis forme quelquefois un bourrelet saillant, qui entoure la cornée et s'avance même sur elle. Si on fait passer un courant d'eau pour laver le globe oculaire, on constate qu'à cette période, la cornée est encore intacte et qu'il n'existe pas de photophobie. L'affection porte sur un seul œil ou sur les deux yeux, tantôt en même temps, tantôt successivement ; l'écoulement est en effet éminemment inoculable. Ses propriétés infectieuses sont encore démontrées par la présence d'une adénite préauriculaire.

Que se passe-t-il lorsque l'ophtalmie a atteint ce degré ? Ou bien l'affection s'arrête sous l'influence du traitement ; l'écoulement devient moins abondant, plus clair, le gonflement des paupières diminue, l'enfant ouvre seul les yeux. La conjonctive palpébrale est moins rouge, et la conjonctive bulbaire moins injectée. Puis le liquide devient séreux et le malade est guéri, sans qu'il conserve une trace quelconque de son ophtalmie qui a duré une quinzaine de jours. Quelquefois cependant elle passe à l'état chronique, si les soins ne sont pas assez réguliers.

Mais, d'autres fois, le gonflement devient encore plus considérable si c'est possible ; la sécrétion augmente, et les douleurs, disparues quand la suppuration s'était établie, reviennent plus intenses encore. C'est une troisième période beaucoup plus grave par les lésions cornéennes qui sont presque fatales. Les douleurs sont vives, revenant par crises ; elles s'irradient autour de l'orbite et dans la région temporale. La conjonctive, encore plus épaissie, fait quelquefois, mais rarement chez le nouveau-né, saillie entre les paupières. L'aspect de l'œil est celui de la deuxième période, mais encore plus caractéristique.

Si après un lavage et avec les précautions que nous avons indiquées, on examine la cornée, on trouve qu'elle est atteinte de lésions qui sont tantôt des ulcérations, tantôt une infiltration totale.

Au début, l'ulcération est annoncée et précédée par un léger dépoli de teinte grisâtre que l'on voit mieux à l'aide de l'éclairage oblique.

Le lendemain, à ce même niveau, on trouve une petite perte de substance, plus ou moins arrondie, qui a une tendance assez marquée à gagner en profondeur. On voit alors le fond de l'ulcération, repoussé en avant par le liquide de la chambre antérieure, déterminer une petite saillie, qui dépasse les surfaces environnantes. L'ulcération fait bientôt place à une perforation, qui laisse échapper de l'humeur aqueuse, ce qui amène un soulagement aux douleurs du malade par suite de la diminution de pression. Qu'advient-il de cette perforation ?

Ou bien, elle se cicatrise et ne laisse sur la cornée qu'une petite opacité, ou le plus souvent elle laisse passer l'iris qui s'y engage : la cicatrisation se produit alors, entraînant une adhérence de l'iris à la cornée, autrement dit, un leucome adhérent. C'est là un accident grave, non seulement parce qu'il déforme la pupille, mais surtout parce qu'il expose à des accidents d'irido-choroïdite, dus au tiraillement des nerfs ciliaires qui vont innerver l'iris.

L'infiltration purulente totale de la cornée est une complication encore plus grave. La cornée prend une teinte grisâtre, puis jaunâtre ; son tissu est infiltré par le pus ; elle se ramollit, et finalement se nécrose.

Plusieurs pertes de substances laissent échapper l'humeur aqueuse, quelquefois le cristallin, suivi d'une quantité plus ou moins grande du corps vitré.

Le pus gagne la cavité oculaire et la fonte purulente de l'œil compromet à jamais l'organe de la vision. Mais quelquefois, l'iris fait bouchon et forme un staphylome plus ou moins irrégulier.

Si l'infiltration se localise, il se forme un abcès de la cornée qui se vide soit au dehors, soit en dedans, soit à la fois à la surface et dans la chambre antérieure, entraînant une perforation de la cornée et ses conséquences.

D'autres fois enfin, une ulcération circulaire se creuse à son pourtour, détachant peu à peu la cornée tout entière qui s'élimine comme le ferait un verre de montre. Le phlegmon de l'œil peut se compliquer d'infection des méninges et des sinus, et entraîner la mort.

Ces graves complications peuvent avoir une marche rapide, et se produire en 3 ou 4 jours. La durée moyenne d'une ophtalmie grave est de trois septénaires ; quelquefois elle passe à l'état chronique et est caractérisée alors par un écoulement peu abondant, mais persistant surtout le matin, avec production, sur la conjonctive palpébrale, de petites saillies dues aux papilles hypertrophiées et pouvant faire croire à l'existence de granulations.

Le diagnostic de l'ophtalmie purulente n'est difficile qu'au début, quoique chez le nouveau-né toute conjonctivite soit suspecte. On devra donc toujours, à la moindre trace d'inflammation des conjonctives, se tenir en garde, surveiller attentivement les yeux de l'enfant, en mettant en œuvre le traitement que nous allons étudier.

Il est évident que l'on devra proportionner

les moyens thérapeutiques employés, à l'intensité des phénomènes observés.

La seule erreur de diagnostic serait peut-être de confondre l'ophtalmie purulente avec une conjonctivite diphtéritique. Mais dans cette dernière affection, il n'y a pas d'injection vasculaire, pas de sécrétion purulente, et, par contre, on trouve des pseudo-membranes, où un examen microscopique permettra de trouver le bacille de la diphtérie.

Sans avoir la gravité de l'ophtalmie purulente de l'adulte, celle du nouveau-né n'en est pas moins une affection très sérieuse, qui engage l'avenir de l'œil atteint, et réclame par conséquent un traitement sévère. Toutefois, s'il est institué à temps, la terminaison, quoique réservée, est dans la majorité des cas, favorable.

Le traitement est prophylactique ou curatif.

Le traitement prophylactique comprend :

1° Les injections vaginales antiseptiques, sur la mère, avant et pendant l'accouchement, ainsi qu'une toilette minutieuse de la vulve.

2° Le lavage des yeux de l'enfant à la naissance.

3° L'instillation d'une substance antiseptique.

Le lavage des yeux doit être fait dès l'expulsion du fœtus, sans aucun retard, avec de l'eau bouillie, du savon propre, et un tampon de ouate hydrophile.

Quelle substance antiseptique doit-on instiller dans les yeux après cette toilette? Elles sont nombreuses : nitrate d'argent, sublimé, eau phéniquée, acide citrique, citron, naphtol β, iodoforme.

Une toute récente discussion à la Société d'ophtalmologie a bien mis en lumière l'action peut-être inutile, quelquefois nocive de ces substances et des moyens prophylactiques tels que ceux que beaucoup de médecins et surtout de sages-femmes emploient. *La véritable prophylaxie consiste à éviter autant que possible que les matières septiques ne viennent contaminer la surface conjonctivale de l'enfant.* Donc il faut désinfecter avec la plus grande minutie la femme, surtout celle qui a un écoulement suspect. Il faut nettoyer les yeux de l'enfant, ses paupières, la peau du voisinage avec une solution aseptique quelconque inoffensive, de l'eau boriquée ou de l'eau bouillie.

Si la désinfection de la mère est suspecte, insuffisante, ou si elle a été impossible, on peut, on doit, recourir au système de Crédé, c'est-à-dire à l'instillation de deux gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 2 pour 100.

Si après 48 heures l'ophtalmie causée par l'instillation ne rétrocède pas, si la tuméfaction des paupières augmente ou ne diminue pas, on doit faire le diagnostic d'ophtalmie purulente et avoir recours au traitement curatif.

Telle est la prophylaxie que recommande le Dr Abadie, et à son avis se sont rangés de nombreux oculistes. En général, les lavages au sublimé sont bannis, comme susceptibles d'entraîner ou de favoriser une infiltration, une opacification blanchâtre de toute la cornée, et quelquefois même, si l'application des solutions de sublimé continue, une ulcération et une perforation. La conclusion est qu'il faut bannir les solutions de sublimé du traitement soit prophylactique, soit curatif.

Il est évident que l'on isolera les ophtalmiques et que la personne, nourrice ou autre, préposée aux soins de l'enfant, devra se désinfecter avant et après chaque toilette.

Si en dépit de toutes les précautions prises l'ophtalmie se déclare on doit avoir recours au traitement curatif qui comprend :

1° Les cautérisations au nitrate d'argent.

2° Les lavages antiseptiques.

Les cautérisations de nitrate d'argent ont fait leurs preuves ; voici comment on les pratique.

Il ne doit d'abord pas exister de lésions cornéennes. Il faut cautériser la face interne des paupières, les culs-de-sac conjonctivaux avec un pinceau, ou mieux, un tampon de ouate hydrophile, qui est jeté et brûlé chaque fois. Dès que la muqueuse blanchit, on neutralise l'action du sel d'argent avec de l'eau salée.

Il faut donc faire l'éversion des paupières ; ce n'est pas toujours facile. Si le spasme de l'orbiculaire rend impossible cette manœuvre, on est autorisé à fendre la commissure externe, car, si on ne fait qu'effleurer la conjonctive, le traitement échouera.

De nombreux reproches ont été faits à cette méthode.

Elle exige une habileté manuelle particulière, et une habitude assez grande pour en *régler* l'administration, car on a accusé les cautérisations de déterminer des ulcérations de la cornée. Le titre des solutions doit donc varier suivant les cas, et la compétence de l'accoucheur ou de la sage-femme qui vont les employer.

C'est pour parer à ces difficultés qu'on a eu recours, ces dernières années, aux lavages, plus simples à pratiquer, et inoffensifs, grâce à certaines précautions. Barbary, dans sa thèse, a résumé les divers moyens employés, insistant sur le laveur et le procédé que le Dr Kalt, médecin des Quinze-Vingts, a présenté à l'Académie de médecine en 1894. Nous ne reproduirons pas le manuel opératoire décrit dans le n° 47 du *Concours médical* de l'année 1894.

La communication du Dr Kalt y est exposée dans tous ses détails. Depuis cette époque, la pratique courante n'a fait que confirmer les heureux résultats que l'on prévoyait, sans que l'on ait signalé d'accidents dus au manuel opératoire qui est des plus simples et peut être pratiqué par les mains les plus inexpérimentées.

Dans l'intervalle des lavages, les yeux seront protégés avec des compresses boriquées flottantes et fréquemment renouvelées.

Nous concluons donc, en disant que l'on doit avoir recours, *le plus tôt possible*, à la méthode des lavages au permanganate, avec l'entonnoir laveur de Kalt, contre les *premiers accidents* de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. Il vaut mieux ne pas recourir aux cautérisations de nitrate d'argent qui, dans des mains inexpérimentées, peuvent être dangereuses.

Si les accidents persistent, on devra avoir recours à un oculiste. Celui-ci saura poser les indications d'un traitement plus actif et veiller aux complications avec toute la compétence que méritent des organes aussi dignes d'intérêt que ceux de la vision.

A. Pascal,
Int. des Hôp. de Paris.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les médecins et les étudiants étrangers devant le Parlement

La question des médecins et des étudiants étrangers soulevée depuis longtemps par les associations médicales diverses, est venue le 9 juin devant la Chambre des Députés.

Bien des paroles ont été dites, les unes topiques, les autres à côté — comme bien souvent — les actes suivront-ils ?... Il faut l'espérer si tout bon sens n'est pas banni de l'esprit de nos législateurs.

Voici, d'après l'*Officiel*, les principaux passages de la discussion.

M. Georges Berry. — Messieurs, il y a quelques mois, une agitation assez considérable se produisait dans toutes les villes de nos facultés de médecine. Etudiants, médecins et professeurs, s'associant dans la même protestation, s'élevaient contre l'envahissement des médecins étrangers.

Et, il faut bien le dire, ils avaient raison, car il s'agit là au premier chef d'une question de défense nationale et d'une question de justice.

Vous savez, en effet, que pour être docteur en médecine, que pour pouvoir prendre ses inscriptions à une faculté, il faut avoir conquis son baccalauréat. Or, contrairement à cette règle, on accorde aux étudiants étrangers le droit d'obtenir le doctorat en médecine sans qu'ils soient bacheliers. Ils n'ont qu'à montrer pour cela au secrétariat des facultés une équivalence, fournie à leurs compatriotes par les professeurs et les gouvernements étrangers.

Certes, je suis le premier à vouloir ouvrir toutes grandes les portes de nos facultés. Plus, en effet, une nation reçoit chez elle d'étudiants étrangers, plus ceux-ci se pressent dans les salles de ses facultés et plus son influence intellectuelle grandit. Leur affluence est un témoignage de son élévation morale. De plus, en retournant chez eux, ces étudiants emportent des connaissances qu'il doivent à des maîtres au souvenir desquels ils resteront attachés. Enfin ils les ont reçues dans une langue qu'ils n'oublieront pas plus que les relations établies entre eux et les camarades auxquels ils ont voué des sympathies qui s'effaceront difficilement. (*Très bien ! très bien !*)

L'Allemagne, qui l'a bien compris, donne à l'élément étranger une large hospitalité dans ses universités. Mais, aussi, si elle accorde des diplômes aux étudiants de toutes les nations, ce ne sont que des attestations scientifiques, ne conférant aucun droit d'ordre public. Ainsi un docteur en médecine de l'université de Berlin ne peut, de par son diplôme, exercer la médecine. Le droit à l'exercice est conféré à la suite d'un examen spécial subi devant un jury d'Etat étranger aux universités.

Chez nous, au contraire, nous conférons le doctorat en médecine à tous les étudiants étrangers, bacheliers ou non, et, par ce diplôme de docteur, nous les autorisons à faire une concurrence — disons-le — déloyale à nos nationaux, qui, eux, sont obligés, avant de commencer la moindre étude de prouver qu'ils sont bacheliers.

Les conséquences d'un tel état de choses, vous les apercevez aisément. D'abord le recensement de ces derniers jours nous a appris que les médecins étrangers établis chez nous représentaient à l'heure actuelle. — ce chiffre est éloquent, — une proportion de 22 p. 100.

Laissez-moi vous citer un exemple qui est bien de nature à vous faire toucher du doigt les graves conséquences de la facilité avec laquelle les étrangers obtiennent le droit d'exercer la médecine chez nous.

Dans une rue de Belleville, un brave médecin, que je connais beaucoup, exerce depuis trente ans comme officier de santé. N'ayant pas le diplôme de bachelier, il n'a pu obtenir celui de docteur en médecine. Or, il y a quelques mois, est venu s'installer en face de chez lui un docteur étranger qui, bien que non pourvu, lui aussi, du diplôme de bachelier a pu néanmoins obtenir le grade de docteur en médecine, et cela parce qu'il avait l'avantage d'être étranger. Il a étalé sur sa porte une grande plaque portant ces mots : « M. X, docteur en médecine », et il n'a pas tardé à attirer à lui la clientèle de mon pauvre officier de santé. Après cela, est-il besoin d'insister pour vous faire condamner ces dérogations au règlement ? — car il s'agit là de véritables dérogations auxquelles je demande à M. le ministre de l'instruction publique de vouloir bien mettre un terme,

Nous arrivons bientôt à la fin de l'année scolaire et il s'agit de rassurer les étudiants en médecine français, il s'agit de ne pas leur laisser croire qu'on veut continuer à les placer sur un pied de défaveur vis-à-vis des étudiants étrangers. (*Très bien ! très bien !*)

A côté de la question des étudiants étrangers venant travailler en France se pose aussi celle des médecins qui, étant allés chercher ailleurs qu'en France et ayant obtenu, je ne sais comment, leur diplôme de docteur, peuvent, par autorisation de l'administration, par autorisation de la faculté, exercer en France ; vous le savez — et je n'ai pas besoin d'insister sur ce point, — on vend en Amérique, et notamment à Philadelphie, des diplômes de docteur en médecine.

Il suffisait, il y a quelques années, à ces docteurs avant la loi de 1892, d'une autorisation spéciale du Gouvernememt pour qu'ils pussent exercer en France ; aujourd'hui, on leur fait subir trois épreuves, très faciles, et la plupart des étrangers et des Français qui sont allés se procurer bien loin leur diplôme de docteur obtiennent aisément des dispenses de scolarité et des dispenses d'examen.

Il importe que M. le ministre de l'instruction publique prenne, sur les deux questions que je viens de signaler, une décision pour que dorénavant il ne soit plus apporté de dérogation au principe de la loi de 1892, qui veut que tout docteur en médecine français soit bachelier et qui, de plus, n'accorde le droit d'exercer en France qu'aux diplômés de l'Etat. (*Très bien ! très bien !*)

Donnez sans parcimonie, sans restriction aux étudiants étrangers tous les moyens, toutes les facilités pour venir étudier la science médicale chez nous, pour suivre les leçons de nos professeurs, pour suivre les cours de nos écoles ; permettez-leur de rapporter à l'étranger, dans leur pays, les fruits de la plus large instruction. (*Très bien ! très bien !*) Mais, en aucun cas, ne leur concédez le droit d'exercer chez vous. Délivrez-leur un diplôme équivalent à celui de votre doctorat en médecine ; mais que cette équivalence n'autorise en aucune circonstance l'exercice de la médecine en France.

Il est bien entendu que ce ne sont pas là toutes mes aspirations et que je fais des réserves pour les questions qui ne peuvent être tranchées que par une loi.

En effet, si le Gouvernement peut, dès maintenant et par sa propre autorité, interdire l'exercice de la médecine aux étudiants étrangers qui ne sont pas pourvus du grade de bachelier, s'il peut n'accorder aucune autorisation, à l'avenir, aux médecins-docteurs à titre étranger, de pratiquer en France, il n'a aucun droit, sans le secours d'une nouvelle loi, d'interdire l'exercice de la médecine aux médecins étrangers bacheliers, c'est-à-dire valablement docteurs, qui ne sont pas naturalisés, qui n'ont pas fait de service militaire, interdiction que je considère comme tout à fait nécessaire et d'autant plus juste que nul licencié en droit ne peut être avocat s'il n'est pas Français ou naturalisé. C'est pourquoi j'ai pris l'initiative d'une proposition de loi en ce sens, proposition qui sera exami-

née par une commission nommée dans les prochains bureaux.

Telles sont les observations que je voulais faire entendre à cette tribune au sujet des médecins étrangers. Je prie M. le ministre de l'instruction publique de vouloir bien nous dire ce qu'il pense de la question posée et de nous indiquer les mesures qu'il compte prendre pour assurer à chacun son droit.

Il doit d'ailleurs être fixé, puisque des décisions sur ce sujet ont été discutées et votées au conseil supérieur de l'instruction publique, dont il est le président né.

Je lui demande une satisfaction réclamée par l'opinion publique tout entière ; je lui demande de ne pas laisser se perpétuer l'injustice flagrante, inquiétante que je lui signale et qui doit être évidemment déplorée par tous ceux qui ont souci des intérêts français. (*Très bien ! très bien !*) Je lui demande enfin de ne pas laisser en France sur un pied de défaveur, au bénéfice des étrangers privilégiés, nos nationaux que nous devons avant tout protéger et que je considère comme un honneur de défendre à cette tribune. (*Très bien ! très bien !*)

M. le comte d'Hugues. C'est cela ! La France aux Français.

M. le président. La parole est à M. le ministre de l'instruction publique.

M. Alfred Rambaud, *ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes.* Messieurs, la question que vient de me poser M. Georges Berry porte sur deux points : les médecins étrangers et les étudiants en médecine étrangers.

Sur le premier point, je passerai très rapidement. M. Georges Berry incrimine principalement l'article 5 de la loi du 30 novembre 1892. Cette loi, depuis les trois années qu'elle a été en vigueur, a permis à 103 médecins étrangers d'exercer en France. C'est une proportion que l'on peut considérer comme excessive, car, — veuillez le remarquer, — ces nouveaux autorisés viennent s'ajouter à un nombre déjà considérable de médecins étrangers autorisés à exercer en France. Le total aujourd'hui serait peut-être de 800, sur lesquels il convient, à la vérité, de défalquer 200 qui n'exercent pas du tout.

La plupart de ceux qui exercent habitent Paris, la plus faible partie résidant en province. Il est à remarquer aussi que les médecins étrangers établis à Paris choisissent de préférence les cinquième et sixième arrondissements, c'est-à-dire les quartiers les plus riches, et que ceux qui résident en province choisissent les villes d'eaux. Il est donc évident qu'ils font une concurrence directe, sur le meilleur terrain, aux médecins français.

Sur un point, je puis rassurer M. Georges Berry. Si la loi de 1892 a produit ses effets dans les trois dernières années, l'administration est allée, pour 1896, au devant des désirs de l'interpellateur ; car, pendant les premiers mois de cette année, il n'a été accordé qu'une seule dispense.

Quant au vœu exprimé par lui, à savoir, que le ministre n'use pas du droit de la possibilité qui lui est accordée par la loi de 1892, je suis disposé à donnner satisfaction à l'honorable député, sauf une réserve qui est justifiée par des considérations internationales.

Nos médecins français, pourvus du diplôme français, ne sont pas, vous le savez, dans les différents pays, soumis à la même règle. Il y a par rapport à eux ce que j'appellerai des pays d'exclusion (avec des nuances diverses, évidemment, pour chacun de ces pays) et, au contraire, des pays de liberté. Au nombre des pays qui se montrent peu hospitaliers à nos diplômés il y a le Danemark, la Russie, l'Autriche, l'Allemagne, la Suisse, la Belgique. Je citerai, au contraire, comme types, de pays hospitaliers à nos diplômés, la Hollande, la Grèce, la Roumanie, à plus forte raison la Serbie, la Bulgarie, où les études médicales ne sont pas encore complètement organisées.

Je demande donc d'apporter au vœu formulé par M. Georges Berry ce simple amendement : «... étant donné que les conventions et pratiques internationales seront respectées ».

Voilà pour la première question.

Je passe à la seconde, qui est beaucoup plus importante, car elle intéresse au plus haut degré le développement de notre enseignement supérieur, pour le progrès duquel le Parlement tout entier a toujours manifesté le plus vif intérêt. Je dois le dire à l'honneur de la France. Le Parlement, dans ses deux Chambres, sans aucune distinction de parti, a fait preuve à cet égard de la plus grande libéralité.

Quelle est, à l'heure actuelle, la statistique des étudiants étrangers en France ? Au 15 janvier 1896, leur nombre était de 1,828 ; et vous ne serez pas surpris d'apprendre que, sur ces 1.828 étudiants, 1,054 sont inscrits pour la médecine. En sorte que, en réalité, ce sont presque uniquement les étudiants en médecine qui font l'importance de ce débat ; eux seuls sont en question.

Le nombre des étrangers inscrits à nos facultés est en augmentation, cette année, sur l'année précédente. Au 15 janvier 1895 nous n'en comptions que 1,716, dont 1,126 pour la médecine. Remarquez qu'il y a de ce chef une augmentation sur le total, de l'exercice 1895 à l'exercice 1896, mais en même temps une diminution en ce qui concerne les étudiants en médecine. Mais cette diminution n'est qu'apparente. En effet, nos études de médecine proprement dites sont, vous le savez, précédées depuis peu de temps par une année passée à la faculté des sciences et consacrée à l'étude des sciences physiques, chimiques et naturelles. Or, beaucoup des étudiants qui figureront l'année prochaine comme étudiants en médecine sont inscrits en ce moment dans nos facultés des sciences.

La progression du nombre des étudiants en médecine étrangers a été constante dans les dernières années. Pour ne pas nous perdre dans les statistiques, je remarque seulement qu'en 1891 leur nombre n'était que de 695 ; au 15 janvier 1896, il était, comme je le disais, de 1054, soit 12 p. 100 du total des étudiants en médecine.

. . . .

Je crois que M. Georges Berry sera tout à fait d'accord avec moi quand je vous demanderai de ne pas fermer les portes de nos facultés aux étudiants étrangers (*Très bien ! très bien !*), parce que cet afflux d'étrangers est le plus précieux hommage qui puisse être rendu à l'œuvre accomplie par le Parlement français depuis environ vingt années. (*Très bien ! très bien !*)

. . . .

Mais comme l'intérêt du corps médical français doit être aussi l'objet de nos préoccupations, il nous reste à étudier un système qui concilie cet intérêt et celui de notre enseignement supérieur, et à rechercher une combinaison qui permît d'accueillir tous les étudiants étrangers sans distinction ; mais qui ne leur laisserait pas la latitude, à leur sortie de l'école, et munis du diplôme, d'entrer nécessairement en concurrence avec les médecins français. (*Applaudissements.*)

M. Lannelongue, transformant la question en interpellation remercie le ministre des déclarations qu'il vient de faire, mais il estime que ces déclarations doivent être sanctionnées par un vote de la Chambre.

Il montre que la question vise l'enseignement supérieur d'abord puis les intérêts des étudiants. Ces intérêts divers ne se contrarient pas et il est possible de les concilier. Les étudiants Français doivent pouvoir travailler à l'aise dans nos Facultés mais il n'est pas mauvais qu'ils y coudoient les étrangers et la France ne doit pas mentir à son bon renon séculaire : elle doit maintenir sa réputation de courtoisie exquise,

d'accueil parfait et accorder à ceux qui viennent le lui demander le pain intellectuel.

Mais il ne faut pas oublier que notre attention n'est pas attirée seulement par ce grand courant que je me garderais bien de détourner en aucune manière, que personne ne doit songer à détourner à l'heure actuelle, et que nous allons dans un instant voir s'établir dans de justes limites.

En face de cette question se dresse celle des docteurs en médecine et des étudiants en médecine français qui réclament une protection.

Pour chercher la solution de ce problème, faut-il s'inspirer de ce qui se passe à l'étranger ? Faut-il imiter les grandes puissances ou se modeler sur les petites ?

Je réponds non, pour cette raison que les situations ne sont pas égales, qu'il n'y a pas parité absolue entre les étudiants étrangers et les étudiants français.

Les étudiants ou les docteurs en médecine français ne vont guère à l'étranger, et quand, par hasard, ils quittent la France pour faire un voyage, ce n'est presque jamais un voyage scientifique. Au contraire, les étrangers voyagent, les uns pour travailler, les autres pour profiter de leur voyage et se développer, passant deux, trois mois dans une université, quatre dans une autre. A Londres, il y a très peu de docteurs français, et si vous y cherchez des avocats français, vous n'en trouvez pas. Il y a à peine quelques médecins français en Allemagne. Au contraire, Paris et la province fourmillent de médecins allemands. Nous ne pouvons donc pas chercher à nous inspirer des législations étrangères, parce que les conditions ne sont pas pareilles et ne s'appliquent plus identiquement.

....

Quoi qu'il en soit, à l'heure actuelle, à Paris, nous avons non pas 521 étrangers docteurs, comme le dit M. Bertillon, sur 2,922 docteurs français, mais plus de 400 probablement, soit un septième, ce qui est énorme. De plus, en France, il y a environ un millier de docteurs, officiers de santé ou vétérinaires étrangers. Il est impossible de connaître exactement leur nombre, car on ne peut faire sortir un chiffre exact des statistiques officielles. En disant un millier à peu près on serre de près la vérité.

Cette proportion est beaucoup trop grande. Aussi doit-on s'efforcer de mettre d'accord les deux termes du problème : 1° donner l'accès des facultés aux étrangers dans la plus large proportion ; 2° protéger nos nationaux. (*Très bien ! très bien !*).

La chose n'est pas impossible, loin de là ; il suffit de s'enquérir dans quel but les étudiants ou les docteurs étrangers viennent en France.

S'il est vrai qu'ils viennent ici uniquement pour s'instruire, prendre le titre de docteur et retourner ensuite chez eux, alors faisons-leur bon accueil, faisons tout notre possible pour les attirer.

S'ils veulent exercer la médecine chez nous, je propose qu'on leur impose toutes les garanties qu'on exige des étudiants français. Et tout d'abord, la culture générale, c'est-à-dire les baccalauréats. Ils devront de plus, selon la loi, aller à la faculté des sciences, y passer un an, comme l'exige le règlement, et y obtenir le certificat d'études à l'aide duquel ils peuvent se présenter à la faculté de médecine.

L'étudiant étranger remplissant ces conditions comme tous les Français, se présentera à la faculté ; elle l'acceptera seulement si elle a de la place, car vous ne pouvez pas faire qu'on enferme dans une enceinte un nombre de jeunes gens qui ne peuvent pas y tenir.

La faculté de Paris recevra ceux qu'elle peut accepter ; les autres seront admis dans les autres facultés de France. A la fin de leurs études, ils obtiendront le diplôme de docteur français qui leur permettra l'exercice. On ne peut le leur refuser, ou du moins on ne le pourrait qu'à deux conditions sur lesquelles je reviendrai tout à l'heure.

Voilà pour les étudiants en médecine étrangers qui veulent exercer en France : on les soumettra aux mêmes conditions que les Français : même degré de culture générale, même scolarité et mêmes examens.

Nous n'avons pas de raison pour accorder des privilèges à un docteur étranger qui veut exercer chez nous ; on ne nous en accorde pas à nous, sinon dans les Pays-Bas, en Grèce, en Roumanie et en Espagne. Partout ailleurs on ne nous accorde aucun avantage, aucune faveur ; usons donc de réciprocité, c'est notre devoir dans l'espèce, et notre droit. (*Très bien ! très bien ! sur divers bancs.*)

Les docteurs étrangers voulant exercer seront donc traités comme les étudiants français, c'est-à-dire qu'on leur demandera le baccalauréat, le certificat d'études dans une faculté des sciences et toute la scolarité avec les examens.

Au contraire, les étudiants ou docteurs étrangers qui veulent venir chez nous s'instruire, prendre nos habitudes d'enseignement, recevoir notre culture intellectuelle, mais qui ne veulent pas exercer en France obtiendront de nous toutes les facilités possibles. Il y aura des équivalences pour les baccalauréats, pour la scolarité. On leur tiendra compte des examens qu'ils auront passés à l'étranger ; en un mot, on leur accordera toutes les conditions possibles pour qu'ils puissent recevoir ici la généreuse hospitalité que la France leur a toujours donnée à Paris et ailleurs, dans toutes les facultés. Au bout de leurs études, vous leur donnerez un diplôme qui ne leur permettra pas d'exercer, mais qui sera cependant un diplôme de docteur, attestant qu'ils ont fait les mêmes études que les étudiants français et qu'ils sont docteurs français. Cela peut d'ailleurs leur donner le droit d'exercer chez eux si leur législation le permet.

M. le président. Je donne lecture de l'ordre du jour présenté par M. Lannelongue et M. Georges Berry :

« La Chambre, voulant protéger, à la fois, les intérêts des médecins français et ceux de l'enseignement supérieur, invite le Gouvernement :

« 1° A ne plus accorder de dispenses aux docteurs étrangers ;

« 2° A ne conférer des diplômes donnant droit à l'exercice de la médecine qu'aux étudiants qui justifieront du grade de bachelier exigé des étudiants français :

« 3° A donner aux étrangers les plus grandes facilités pour leurs études médicales et l'obtention d'un titre de docteur purement scientifique. »

M. Pédebidou. Messieurs, la question qui s'agite devant vous est à la fois une question d'études et une question d'exercice de la médecine. M. le docteur Lannelongue vient, en excellents termes, de faire le départ entre ces deux ordres d'idées. Il veut comme tous ouvrir largement les portes de nos universités aux étudiants étrangers. L'intérêt national l'exige ; ces étrangers viennent apprendre notre langue, s'imprégner de notre esprit national ; rentrés dans leurs foyers, ils seront, peut-être inconsciemment, les agents d'exportation de notre influence. Il faut donc leur offrir toutes les ressources de nos facultés.

Mais à côté de la question des études, il en est une autre très grosse de conséqences : c'est celle qui a trait à la pratique de la médecine. Tous les étudiants étrangers ne viennent pas chez nous pour s'instruire : certains poursuivent un autre but ; ils cherchent à se créer en France une situation et, parmi eux, il faut citer, au premier rang, les étudiants russes. M. Lannelongue nous le disait : s'ils suivent les cours de nos écoles, c'est pour conquérir un diplôme qui leur permettra d'exercer chez nous. Ils ont une raison péremptoire ; chez eux, ils peuvent difficilement pratiquer la médecine ; bien plus, il ne leur est permis de l'étudier que sous certaines conditions.

En effet, messieurs, dans les territoires israélites de la Russie, c'est à peine si 10 p. 100 des étu-

diants ont le droit d'appartenir à cette confession. Dans les autres gouvernements la proportion s'abaisse : elle est de 5 p. 100 du chiffre total des étudiants ; mais à Moscou et à Saint-Pétersbourg à peine si 3 p. 100 des étudiants en médecine peuvent être pris parmi les israélites. Bien plus, dans ces deux villes, une condition essentielle leur est imposée : leur famille doit habiter Saint-Pétersbourg ou Moscou. Messieurs, il ne suffit pas de demander à ces étudiants en médecine, dès le début de leurs études, une déclaration par laquelle ils feront connaître s'ils sont venus simplement chercher près de nous un complément de culture intellectuelle ou s'ils ont l'intention d'exercer la médecine en France. A mon avis, il est urgent de séparer nettement les deux questions. Autorisez les équivalences, monsieur le ministre, facilitez l'accès de nos facultés à tous les jeunes gens qui, leurs études terminées reprendront le chemin de leur pays. Quant aux autres — et nous savons combien, depuis trois ans, le nombre des médecins d'origine étrangère a augmenté, — exigez d'eux les conditions de scolarité qui sont imposées à nos étudiants ; le baccalauréat et le certificat d'études physiques et naturelles. C'est la thèse de l'honorable M. Lannelongue ; elle ne paraît pas complète. Nous devons être plus intransigeants, dans l'intérêt de nos nationaux. La Chambre leur doit sa protection ; elle ne saurait mieux faire que de réclamer des étrangers qui veulent pratiquer chez nous la naturalisation et le service militaire.

On objectera sans doute que la naturalisation est toujours précédée de formalités très longues ; elle n'est accordée qu'après trois années d'attente à dater de la date de demande ; mais il est bien simple de modifier la loi et d'abréger les formalités.

En accordant aux étudiants étrangers les avantages que confère la qualité de Français il faut aussi les obliger à en accepter les charges. C'est pour établir cette égalité des devoirs et des droits que je demande que les étudiants étrangers, désireux d'exercer la médecine en France et d'obtenir le bénéfice de la naturalisation, soient en même temps astreints au service militaire.

M. Georges Berry. Il faut une loi pour cela.

M. Pédebidou. Il faut que, comme tous les Français, ils apprennent, au milieu de nos soldats, à aimer leur nouvelle patrie.

Dans un ordre du jour, qui sera, dans quelques instants, lu par M le président, je prends la liberté d'inviter M. le ministre de l'instruction publique à faire le partage entre les deux diplômes, qui, à mon sens, devraient, sous certaines conditions, être délivrés aux deux catégories d'étudiants étrangers : les uns venus en France à titre temporaire ; les autres déterminés à y exercer la médecine.

Je prie la Chambre de se rallier à ma proposition. (*Très bien ! très bien !*)

M. le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes. Messieurs, le précédent orateur s'est montré beaucoup plus exigeant envers les étudiants étrangers que M. Georges Berry. Il soulève une question que ni M. Georges Berry ni M. Lannelongue n'ont jugé à propos de soulever. Or, si ces messieurs ne l'ont pas examinée, c'est qu'ils ont compris que cette question de naturalisation touchait à l'ensemble de notre législation nationale et internationale, et que celle-ci nous ne pouvons pas la modifier incidemment. (*Très bien ! très bien !*)

Il y a des points sur lesquels l'honorable M. Pédebidou n'obtiendra jamais satisfaction, car il y a une catégorie d'étudiants qui échapperait à la naturalisation, qui échapperait encore mieux au service militaire : ce sont les étudiantes. Or, elles sont très nombreuses dans nos divers contingents étrangers, surtout dans celui qui porte le nom de russe comme étiquette nationale, mais dont l'honorable M. Rousse a très bien défini le véritable caractère ethnographique.

Je crois qu'il faut, pour le moment, laisser de côté cette question, qu'on ne peut pas la trancher par un ordre du jour et, d'autre part, il est absolument nécessaire de résoudre immédiatement la question principale dont la Chambre a été saisie.

Je me suis mis d'accord avec MM. Berry et Lannelongue pour aborder le plus tôt possible ce débat à la tribune. Pourquoi ? Parce que nous serons bientôt, dans cinq mois, à la veille de la rentrée scolaire, et il faut que les étudiants français, d'une part, que les étudiants étrangers, de l'autre, les étudiants étrangers surtout, sachent sous quel régime ils viendront étudier en France. C'est précisément à cause de cette urgence qu'ajournant la discussion d'un projet de loi comme celui qu'avait proposé M. Berry, nous nous sommes ralliés à l'idée de proposer à la Chambre un ordre du jour sur lequel elle fera connaître sa volonté. (*Très bien ! très bien !*)

M. Gustave Rouanet. Un ordre du jour ne peut pas modifier la loi.

M. le ministre. C'est entendu ! Mais ce qu'on me demande, ce n'est pas de proposer l'abolition de la loi de 1892, c'est de m'engager à ne pas user de la possibilité que me donne cette loi à l'égard des médecins étrangers. De sorte qu'un ordre du jour, je le répète, suffit parfaitement pour permettre à la Chambre de faire connaître ses intentions. (*Très bien ! très bien !*)

M. le président. Je donne lecture de l'ordre du jour déposé par MM. Pédebidou, Chapuis et Albert Pétrot :

« La Chambre,

« Considérant que l'intérêt national exige que les portes de nos universités soient largement ouvertes aux étudiants étrangers ; affirmant, d'autre part, la nécessité de réserver aux seuls Français l'exercice de la médecine ;

« Invite M. le ministre de l'instruction publique à poursuivre la création de deux diplômes : l'un, diplôme scientifique, délivré par les universités à tous les étudiants, sans distinction de nationalité ; l'autre, diplôme d'Etat, donnant seul droit à la pratique de la médecine en France, délivré par le ministre de l'instruction publique aux étudiants français et aux étudiants étrangers qui, naturalisés Français, auront satisfait à la loi du recrutement.

M. Georges Berry. Je voudrais fixer la Chambre sur l'état de la question qui me semble n'être pas suffisamment connu.

J'avais déposé, il y a trois mois, une proposition de loi visant tous les points qui ont été abordés à cette tribune. Sur l'observation de plusieurs de nos collègues et d'accord avec le Gouvernement, nous avons pensé qu'en laissant de côté plusieurs points qui seraient, comme celui que vient de soulever M. Pédebidou, renvoyés à la commission qui doit examiner ma proposition de loi, il y avait lieu cependant de prendre, dès maintenant, avant la rentrée des écoles, des déterminations urgentes, visées par notre ordre du jour.

En effet, il est écrit dans la loi que nul ne peut être docteur en médecine s'il ne se présente à la faculté avec son diplôme de bachelier.

M. Pédebidou. Invitez le Gouvernement à déposer un projet de loi modifiant la loi actuelle.

M. Georges Berry. Or, dans ces conditions, nous avons pensé que, sans avoir besoin d'une loi, nous pouvions demander au Gouvernement de n'accorder de diplôme donnant droit à exercer la médecine en France qu'aux médecins munis de leur baccalauréat.

M. le président. MM. Lannelongue et Georges Berry modifient ainsi qu'il suit leur ordre du jour :

« La Chambre, voulant protéger à la fois les intérêts des médecins français et ceux de l'enseignement supérieur, invite le Gouvernement à déposer un projet de loi consacrant les trois principes suivants : 1° ne plus accorder de dispenses aux docteurs étrangers ; 2° ne conférer des diplômes donnant droit à l'exercice de la médecine qu'aux étudiants qui justifieront du grade de bachelier exigé des étudiants français ; 3° donner aux étrangers les plus grandes facilités pour leurs études médicales

et l'obtention d'un titre de docteur purement scientifique (*Très bien ! très bien !*)

M. Jules Guesde. Je demande l'ordre du jour pur et simple.

M. le président. L'ordre du jour pur et simple a la priorité. Je le mets aux voix.

M. le président. Voici le résultat du dépouillement du scrutin :

Nombre des votants	535
Majorité absolue	268
Pour l'adoption	219
Contre	316

La Chambre des députés n'a pas adopté.

M. Charles Rousse (Var). Après le vote que la Chambre vient d'émettre, je n'ai que quelques mots à dire.

La question qui nous occupe comportait de plus longs développements ; mais je me borne maintenant à déclarer que si les Français, toujours généreux, doivent accorder la plus large hospitalité aux étudiants étrangers, il ne faut pas cependant que nos compatriotes aient jamais à souffrir de notre générosité.

Comment ! des étrangers, sans avoir subi les examens du baccalauréat ès lettres ou ès sciences devant nos facultés, auraient le droit, en France, de devenir docteurs et de se livrer ensuite à l'exercice de la médecine ? Mais, songez, mes chers collègues, que le ministre de l'instruction publique refuse impitoyablement, depuis quelques années seulement, il est vrai, l'autorisation de prendre des inscriptions en médecine ou de faire leur droit à nos jeunes gens pourvus du seul baccalauréat ès lettres ou du seul baccalauréat ès sciences!

J'ose aujourd'hui espérer que M. le ministre de l'instruction publique comprendra l'inégalité de situation ainsi créée à des Français et à des étrangers. Je veux espérer même qu'il établira une juste balance entre les devoirs qui nous obligent à l'égard des étrangers et les droits dont devraient jouir nos compatriotes. (*Très bien ! très bien !*)

J'ai promis d'être bref. Je me contente donc de formuler un désir, qu'un remède soit rapidement trouvé au mal dont souffrent de trop nombreux Français. Et je m'étonne vraiment que les auteurs de l'amendement, lu tantôt par M. le président, n'aient pas indiqué qu'en attendant que soient limités les droits des étrangers, non pourvus de diplômes, à l'étude et à la pratique de la médecine, les Français, bacheliers ès lettres ou ès sciences, seront autorisés à prendre des inscriptions dans les facultés de médecine et dans les facultés de droit.

M. Jules Guesde. Messieurs, j'ai à dire très brièvement comment et pourquoi mes amis et nous voterons « contre » les deux ordres du jour sur lesquels la Chambre va être appelée à statuer.

Il y a d'abord, à notre sens, une contradiction absolue entre les nécessités scientifiques telles quelles ont été développées tout à l'heure à la tribune par M. le ministre de l'instruction publique et par M. Lannelongue et les conclusions représentées par ces deux ordres du jour motivés.

Je dis qu'il y a là une contradiction absolue, et tout cela dans quel intérêt ? Dans un intérêt professionnel, étroitement professionnel, car vous parlez d'intérêt national ; mais il y a deux intérêts nationaux dans la question qui s'agite ici : il y a l'intérêt de quelques-uns qui vivent de la maladie des autres et il y a l'intérêt de ceux qui, par millions, malades ou pouvant le devenir, appellent, quelle que soit leur nationalité, des médecins qui n'existent pas en France en quantité suffisante. (*Très bien ! très bien ! à l'extrême gauche.*)

Il y a là deux intérêts nationaux opposés, et, sacrifiant l'intérêt national du plus grand nombre à l'intérêt de quelques professionnels, vous demandez que la France républicaine prenne aujourd'hui des mesures qui auraient fait reculer, je ne dis pas seulement la République sans républicains de Mac-Mahon, mais l'empire et la monarchie de Juillet (*Mouvements divers.*)

Vous ne pouvez pas entrer dans une pareille voie ; vous le pouvez d'autant moins que, lorsqu'il s'agit d'une autre invasion, autrement périlleuse celle-là, qui menace le pain de millions d'ouvriers français, alors que dans toutes nos usines, appelés par l'égoïsme patronal, par l'appétit de profits des employeurs (*Très bien ! très bien ! à l'extrême gauche. — Protestations à droite et au centre*) vous avez dix-huit cent mille bras étrangers : Italiens, Belges, Allemands, Suisses, vous n'avez rien fait et rien voulu faire pour protéger les meurt-de-faim du travail manuel, du travail de l'usine. Inaugurer votre néo-protectionnisme par une catégorie quelconque de la classe bourgeoise, je dis que cela il vous est interdit de le faire.

En tout cas, les socialistes ne sauraient s'associer à des mesures de protection limitées au seul travail médical, alors que vous laissez complètement à découvert le travail de l'usine pour tout notre prolétariat industriel ! Comment ! lorsqu'il s'agit des intérêts de la science, vous les sacrifieriez aux intérêts d'une poignée de professionnels, alors que lorsqu'il s'agit du cœur même, des forces vives du pays, du peuple ouvrier, votre internationalisme supprime toute frontière pour laisser passer les bénéfices patronaux, la spéculation capitaliste (*Très bien ! très bien ! à l'extrême gauche*) qui se sert des affamés des autres nations pour affamer nos producteurs.

Nous ne pouvons, pour deux raisons principales, voter des mesures du genre de celles qui nous sont proposées parce que, d'une part, elles sont contraires aux intérêts de la science ; d'autre part, et surtout, parce que nous ne saurions créer une situation privilégiée à quelques membres de la classe bourgeoise, alors que vous vous êtes refusés à faire quoi que ce soit pour l'ensemble des prolétaires français. (*Très bien ! très bien ! à l'extrême gauches.*)

M. Chapuis. Je désire dire un mot des médecins qui exercent à la frontière. (*Mouvements divers.*)

Il en est qui, établis à la frontière d'Alsace-Lorraine, ont pu exercer dans les pays annexés, et lorsqu'un médecin allemand est venu s'établir dans un village lorrain ou alsacien, ils se sont vu fermer les portes de l'Alsace-Lorraine, tandis que les médecins allemands pouvaient venir exercer régulièrement leur profession dans les villages français qui touchent la frontière.

Il me semble que c'est là une question assez intéressante pour que la Chambre puisse faire connaître son sentiment à ce sujet et prier M. le ministre des affaires étrangères de régler diplomatiquement et définitivement la situation des médecins français sur la frontière de l'Est. (*Très bien ! très bien !*)

M. Balsan. Alors il faut interdire le commerce avec l'étranger.

M. le président. Je viens de recevoir de M. Bertrand un troisième ordre du jour qui est ainsi conçu :

« La Chambre, invitant le ministre de l'instruction publique à déposer un projet de loi sur la situation des médecins étrangers en France, passe à l'ordre du jour. » (*Très bien ! très bien !*)

Je vais mettre aux voix les ordres du jour dans l'ordre où ils ont été déposés.

M. Balsan M. Bertrand veut-il ajouter à son ordre du jour, après le mot « médecin », les mots « et les étudiants » ?

M. Bertrand. Volontiers.

M. le président. L'ordre du jour de M. Bertrand serait alors ainsi rédigé :

« La Chambre, invitant le ministre de l'instruction publique à déposer un projet de loi sur la situation des médecins et des étudiants étrangers en France, passe à l'ordre du jour. »

M. Henri Ricard. (Côte-d'Or) *et plusieurs de ses collègues.* Il faudrait dire : « réglant la situation ».

M. Chapuis. Parfaitement ! Je demande qu'on ajoute ces mots.

M. le président. Il est à présumer que le projet

de loi que le Gouvernement est invité à déposer règlera tous ces détails.

M. Jaurès. L'ordre du jour de M. Bertrand, tel qu'il est rédigé, n'est pas une solution : c'est une menace. (*Mouvements divers.*)

M. Georges Berry. Sous la réserve des observations que nous avons présentées, M. Lannelongue et moi, nous nous rallions à l'ordre du jour de M. Bertrand.

M. le président. MM. Georges Berry et Lannelongue se rallient à l'ordre du jour Bertrand.

M. Jaurès. C'est, au fond, l'ordre du jour pur et simple.

M. le ministre de l'instruction publique Le Gouvernement accepte l'ordre du jour de M. Bertrand.

M. Jaurès. Parce que c'est l'ordre du jour pur et simple ! (*Bruit.*)

M. le président. Je mets aux voix l'ordre du jour de M. Bertrand, dont j'ai donné lecture et qui est accepté par le Gouvernement.

(L'ordre du jour de M. Bertrand, mis aux voix, est adopté.)

HYGIÈNE

Fièvre typhoïde au Hâvre. Dans le n° 20 de la *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, M. le Dr *Gibert* fait une consciencieuse étude des causes de la fièvre typhoïde qui a régné au Hâvre. Il démontre, d'une façon péremptoire,que l'eau de la ville n'a pu être l'agent de propagation et que les cas observés sont dus à l'infection du sol de quelques quartiers, par les eaux ménagères.

Otite des nouveau-nés. M. *Martha* fait ressortir les inconvénients de la pratique de certaines nourrices, qui injectent du lait dans les yeux de leurs nourrissons et dans leurs oreilles, sous prétexte de guérir des écoulements. Les otites externes sont parfois dues à l'introduction accidentelle d'un peu de lait, ou de poussières, dans l'oreille et elles cèdent aux lavages antiseptiques, pratiqués 2 fois par jour, avec de l'eau boriquée tiède, additionnée de quelques gouttes de liqueur de Van Swieten.

Valeur alimentaire du pain. Le Dr Arnould, médecin-major, conseille de ne pas abandonner le pain blanc, pour le pain bis, faussement appelé pain complet. Le meilleur pain est celui qui est composé des farines 1re blutée à 60 % et 2e blutée à 70; la meilleure farine est, d'après lui, celle que produisent les cylindres, de préférence à celle des meules. A l'Académie des sciences, M. Girard a fait une communication qui confirme l'opinion précédente et qui est appelée à faire disparaître le fameux pain complet, au sujet duquel on a émis tant d'opinions fantaisistes.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat Médical de l'Arrondissement de Joigny.

22 *Janvier* 1896.

Les membres du bureau habitant Joigny, en présence de la situation qui était faite au corps médical par l'application de la loi sur l'A. M. Gr. par l'Administration préfectorale, ont cru devoir provoquer, conformément à l'art. 8 des statuts, une Réunion Générale extraordinaire.

Présents : MM. Leriche, *Président*; Bazot, Longbois, Jacob, Fort, Boulland, Guillon, Wateau, Ardillaux, Bricard, Chamozzi, Duran, Fournier.

Excusés : MM. Boyer, Guyard, Legendre, Roche (Charny), Lepelletier, Esménard, Peltier, Franchis, Lesueur, Truchy, Toupance.

Admission de nouveaux membres : Les Drs Ragon (d'Egleny), Michalsky (de Charny), Fournier (d'Arces) sont nommés membres du Syndicat. Le Dr Fournier assiste à la séance.

Nouvelles considérations sur l'A. M. Gr. Conduite à tenir envers l'Administration pour 1896. — L'Assemblée décide de remettre nos intérêts entre les mains du bureau de l'Union des Syndicats de France et de rester sur la défensive en attendant une solution.

Des remplacements et des consultations entre confrères.

1° Le médecin ordinaire ne doit jamais refuser une consultation quand elle lui est demandée.

2° Le médecin ordinaire a le droit de faire connaître le consultant de son choix. Cependant il doit accepter le consultant qu'on lui propose si celui-ci est honnête, s'il ne s'est pas mis dans le cas où toutes relations doivent être supprimées comme après la radiation par exemple du Syndicat ou si ses doctrines médicales ne sont pas un obstacle à une entente.

3° Ce médecin consultant s'interdit d'accepter près du malade la succession immédiate du médecin ordinaire.

4° Le rendez-vous est fixé d'un commun accord.

5° Le consultant ne doit rien dire ou faire qui puisse faire mettre en doute par l'entourage ou le malade le diagnostic ou le traitement de médecin habituel.

S'il se trouve en présence d'une erreur trop manifeste, il doit, après en être tombé d'accord avec son confrère, présenter son redressement comme la constatation d'une modification actuelle dans l'évolution de la maladie.

6° Les explications entre les consultants ont toujours lieu dans une salle spéciale hors de la portée du malade ou de sa famille. Ils signent concurremment la conclusion écrite.

7° Les consultants règlent d'un commun accord le chiffre et le mode de perception des honoraires.

8° Le médecin qui remplace un confrère, sur sa demande, s'interdit d'accepter près du malade la succession immédiate de ce confrère.

9° La totalité des honoraires est acquise au remplaçant et le médecin ordinaire est chargé de porter lui-même, sur sa note, les honoraires à percevoir pour les soins donnés par le médecin qui l'a remplacé, mais auquel il ne les verse qu'après en avoir lui-même touché le montant.

10° En cas d'urgence et pendant l'absence momentanée d'un confrère, le confrère appelé se borne à donner les premiers soins et se retire en avisant son confrère de son intervention. Il se fait honorer directement par la famille à moins d'entente préalable entre les deux confrères.

Ces dix articles, qui sont presque la reproduction de ceux du syndicat du Loiret, sont mis aux voix et adoptés.

Projet d'intervention pour la fondation d'un Syndicat de l'Arrondissement d'Auxerre. — L'Assemblée accepte le projet. Tous les médecins de l'arrondissement d'Auxerre seraient convoqués dans une des salles du musée de cette ville par les membres du bureau du Syndicat de Joigny et ceux de Sens auxquels on demanderait leur concours, ce serait un acheminement vers l'Union des Syndicats médicaux de l'Yonne.

Le Secrétaire,
Dr LONGBOIS.

N. B. Le 17 février 1896, le Dr Longbois, secrétaire, a exposé, à la réunion du comité permanent de l'Union des Syndicats médicaux de France, le conflit entre les médecins de l'Arrondissement de Joigny et l'Autorité préfectorale. Le comité a décidé de porter la question au ministère de l'intérieur.

Le 13 mars la délégation de l'Union des Syndicats, accompagnée du Dr Leriche, président, du Dr Bazot, vice-président et du Dr Langlois, secrétaire, a été reçue à cet effet par M. Monod, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène au ministère de l'Intérieur.

Le compte rendu de cette entrevue sera prochainement publié.

REPORTAGE MÉDICAL

Les médecins de la Seine. — D'après M. Lucipia, l'armée médicale, « exerçant dans le ressort de la préfecture de police », c'est-à-dire à Paris, dans les communes suburbaines du département de la Seine, et dans les communes d'Enghien, Saint-Cloud, Sèvres et Meudon, de Seine-et-Oise, comprend :

2.559 docteurs en médecine ;
89 officiers de santé ;
1.421 sages-femmes.
130 chirurgiens-dentistes ;
1.239 pharmaciens.

Ce sont les chiffres constatés au 31 décembre 1895.

Voici la part des Parisiens sur chacune des catégories indiquées :

2.272 docteurs en médecine :
80 officiers de santé ;
1.150 sages-femmes ;
125 chirurgiens-dentistes ;
987 pharmaciens.

On le voit, le contingent pour Paris est suffisant. Il frise l'accaparement, même en tenant compte de la population proportionnelle : 80 officiers de santé sur 89 et 125 chirurgiens-dentistes sur 130.

Le nombre des docteurs en médecine n'a aucun rapport avec le chiffre de la population parisienne, ni aucune relation avec la fortune présumée des habitants. Il semble que moins il y a de médecins, plus il y a d'habitants.

C'est ainsi que dans le 8e arrondissement, qui est officiellement le plus riche de Paris et un des moins peuplés, il y a 411 docteurs en médecine. Il y en a 383 dans le 9e et 137 dans le 1er arrondissement. Tandis que le 20e n'en a que 29, avec 1 officier de santé ; le 12e, 30 ; le 13e, 31 ; le 19e 34, avec 2 officiers de santé.

Il est permis de croire que les 113 médecins de Passy doivent avoir un peu moins de besogne que les 57 Esculapes de Montmartre.

Ce qui est vrai pour les médecins ne l'est pas pour les sages-femmes. Pour cette catégorie médicale, la proportion est en raison directe de la population et en raison inverse de la fortune publique. Ce qui permet de supposer que le malthusianisme sévit moins dans les quartiers de la périphérie.

Il y a 110 sages-femmes dans le 11e et 104 sur la Butte. Le 8e, qui a 411 médecins et 5 officiers de santé, se contente de 36 sages-femmes.

C'est le 9e arrondissement qui a l'air d'avoir accaparé les chirurgiens dentistes ; il s'en offre 33, tandis qu'il n'y en a pas dans le 13e et pas dans le 19e. On a les dents saines aux alentours des abattoirs de la Villette et à la Maison-Blanche.

Il y a moins d'écarts dans les chiffres de la corporation de « potards ». Pourtant il n'y en a que 26 dans le 20e et il y en a 80 dans le 9e.

— *La population de Paris.* — On connaît les premiers résultats du recensement de la population de Paris.

Le 12 mars 1891, Paris comptait 2,424.705 habitants. Ce chiffre s'élevait, à la date du 29 mars 1896, à 2,511,955 habitants, soit une augmentation de 87,250 habitants.

Cette augmentation a porté presque exclusivement sur les quartiers excentriques.

— *Elections et nominations.* — M. Roux a été élu par 51 voix associé libre de l'Académie de médecine en remplacement de Pasteur.

MM. Brouardel et Bouchard sont nommés pour quatre ans membres de la section permanente du Conseil supérieur de l'instruction publique.

— *Médecins étrangers et certificats.*— M. Lefuel, rapporteur d'une commission spéciale, a lu à la Société de médecine légale une étude ayant cette conclusion :

Le médecin étranger muni d'un diplôme français a le droit de délivrer un certificat médical, cette forme de déclaration ne pouvant être assimilée au rapport médico-légal.

— *Un musée d'anthropologie criminelle.* — Dans sa dernière séance du 20 mai, le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, qui a pris par son président M. le Dr *Le Baron* une part si active aux démarches nécessaires au rachat de l'ancienne Faculté de Médecine de la rue de la Bucherie, vient d'émettre le vœu que ce monument historique, nouvellement acquis par la ville de Paris, soit affecté à un Musée d'Anthropologie criminelle. L'installation de ce Musée aurait l'avantage de n'altérer en rien l'architecture intérieure du monument et de doter Paris d'un Musée intéressant à la fois médecins, magistrats, psychologues, etc. Ce Musée ne serait pas du reste en France une innovation ; une collection de ce genre a été réunie à Lyon par le Pr Lacassagne et nous souhaitons vivement que le Conseil de Paris réalise le vœu du Syndicat des Médecins de la Seine.

—*La loi sur les accidents du travail.*—Voici le texte de l'article 4 du projet adopté enfin par le Sénat. Il intéresse au plus haut point les médecins, qui sauront désormais à qui réclamer leurs honoraires.

« Le chef d'entreprise supporte en outre les frais médicaux et pharmaceutiques et les frais funéraires.

« Toutefois, les frais médicaux et pharmaceutiques « ne tombent à sa charge, si la victime a fait choix « elle-même de son médecin, que jusqu'à concur- « rence de la somme fixée par le juge compétent. »

— *Association générale des médecins de France.* — Dans sa dernière réunion, la commission administrative de la Société centrale de l'Association générale des médecins de France a décidé d'allouer à ceux de ses membres titulaires d'une pension de 600 francs, un secours complémentaire, annuel et renouvelable, de 200 francs. De la sorte, les anciens pensionnés toucheront une somme de huit cents francs, égale au taux des dernières pensions accordées par l'Assemblée générale de l'association.

— Par décret est autorisé le legs d'une rente de 200 francs fait par le Dr Brun à l'Association.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

No 4.092. — M. le docteur Bertrand, de Domène (Isère), Secrétaire général du Syndicat du Sud-est et présenté par M. le docteur Bouchain, de Saint-Ismier (Isère).

No 4.093. — M. le docteur Ellart, de Saint-André, par Lille (Nord), membre du Syndicat de Lille.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Bracou, de Reims (Marne), membre du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 26 27 Juin 1896

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Etudiants et Médecins étrangers.

La question de l'exercice de la médecine, en France, par les étrangers diplômés dans nos Facultés, a été, on le sait, saisie par l'engrenage parlementaire, et nous avons donné, dans le dernier numéro, les passages saillants de la discussion.

Le gouvernement est invité à présenter un projet de loi sur la matière : il eût peut-être été préférable que la difficulté eût été tranchée par un simple règlement d'administration publique.

Etait-ce possible ? La plupart le croient et nous sommes de ce nombre.

En tout cas, le problème était assez simple. Or, il se compliquera, vous pouvez nous en croire.

Déjà le ministre de l'instruction publique a parlé de mains liées par des conventions internationales ; il a fait retomber sur la loi Chevandier la responsabilité des abus signalés.

Déjà aussi, M. Jules Guesde a dénié au gouvernement le droit de protéger les médecins, parce qu'il ne protège pas l'ouvrier contre la concurrence étrangère.

Mais tout cela n'est qu'un commencement.

La politique, aidée par les lenteurs et les formalités, ne manquera pas de s'occuper de nos affaires.

On y mêlera la protection et le libre-échange, l'alliance russe, le sémitisme, nos traditions d'hospitalité écossaise, l'internationalisme, etc.. etc...

De cet assemblage de considérations tard venues, d'action occulte ou publique sur ceux qui auront à préparer ou à discuter le projet, vous verrez résulter encore une de ces bonnes demi-mesures, qui, destinées à contenter tout le monde, réussissent toujours à ne satisfaire personne.

D'ailleurs, sera-t-il déposé, ce projet ministériel réclamé par la Chambre ?

Les ministères vivent ce que vivent les roses.

S'il est déposé, sera-t-il voté ?

La Chambre elle-même est presque au bout de son mandat.

Nos craintes et nos impatiences restent donc entières après ce premier débat.

Il y a loin de la coupe aux lèvres.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le lavage du sang.

Dans notre récent article sur les sérums thérapeutiques, nous avons omis, à dessein, de parler d'une nouvelle méthode de transfusion, qui se rapporte à la sérothérapie et qui est préconisée, depuis peu, par un grand nombre de chirurgiens pour opérer le lavage du sang. C'est à MM. *Dastre* et *Loye* que revient le mérite de cette belle découverte : elle date de 1887. Les injections intra-veineuses de sérum artificiel sont inoffensives chez l'homme. Même dans les cas désespérés, elles retardent toujours la mort et assurent des trêves, quelquefois utilisables.

Sous la réserve que les reins fonctionnent bien, elles donnent dans les infections, des succès inattendus, et méritent d'être érigées en méthode générale. Une infection grave, menaçante à bref délai, peut être conjurée et atténuée par une injection massive de plusieurs litres ; mais il est nécessaire, le plus souvent, de renouveler le lavage durant plusieurs jours avec ténacité. Pour se rapprocher autant que possible du lavage proprement dit, il est utile de combiner, avec les injections intra-veineuses, des injections sous-cutanées de dose moindre, répétées toutes les heures ou toutes les deux heures ;

La voie utilisée importe peu ; mais la voie intra-veineuse assure un résultat plus rapide, et doit être préférée dans les cas urgents.

Les résultats thérapeutiques obtenus contre les hémorragies abondantes et les maladies infectieuses sont déjà connus. Il sont trop remarquables et trop constants pour être discutés, et ils ont fait entrevoir de nouvelles et très nombreuses applications.

Nous citerons comme exemples 3 observations de M. le Dr *Lejars* :

1° Jeune garçon de 17 ans. Ostéomyélite aiguë du fémur gauche ; état général très alarmant, fièvre continue à 40°, pouls petit et très fréquent, accidents septicémiques qui ne cèdent pas après une large trépanation osseuse ; quelques jours après, autres abcès, à staphylocoques, au niveau du sternum et du coude. Injections intra-veineuses : 14 litres de sérum artificiel en cinq jours ; la température tombe, l'état général s'améliore rapidement. Aujourd'hui le malade est en pleine voie de guérison.

2° Homme de 52 ans, renversé par un train : broiement du pied droit et de l'avant-bras gauche, plaies contuses multiples. Etat fébrile, frissons, délire ; nécessité d'une double amputation. Injections intra-veineuses : 14 litres 1/2 en cinq jours. Atténuation rapide des accidents. Aujourd'hui guéri.

3° Jeune femme de 21 ans, pâle, émaciée, très déprimée. Ablation d'un kyste de l'ovaire, de dimensions colossales et largement adhérent. Le lendemain soir, mains froides, plus de pouls, vomissements, température 38°6. Imminence d'une terminaison fatale. Injections intra-veineuses de 3 litres 1/2 de sérum artificiel, en une fois ; seconde injection de 2 litres, trois heures après. Le lendemain matin, la situation est transformée, température 37°, pouls fort, plus de vomissements. Dès lors, les accidents ne reparaissent plus.

Même dans les cas désespérés, l'injection intra-veineuse assure toujours une amélioration passagère, et donne un regain de vie.

« Le mécanisme précis de l'action de ces lavages du sang, est encore mal déterminé. Les expériences qui ont été faites, dans le laboratoire de M. Laborde, sont trop peu nombreuses pour justifier des conclusions. On a essayé de réaliser, autant que possible, les conditions observées en clinique, en infectant d'abord des chiens, et en ne recourant à l'injection intra-veineuse qu'au moment où l'état général paraissait gravement atteint. Quelques-uns des résultats ont semblé démontrer que l'injection de sérum artificiel, pratiquée immédiatement avant ou très peu de temps après l'inoculation, devenait nocive et entraînait une mort plus prompte. Enfin on a obtenu, chez un animal profondément infecté et presque mourant, une guérison inattendue, aussi frappante que dans certaines observations humaines. »

L'infection purulente, la septicémie, le tétanos, l'infection puerpérale, les infections, en général, paraissent toutes justiciables de cette nouvelle méthode.

Les injections de sérum artificiel dans l'empoisonnement strychnique.

Il faut signaler encore une application imprévue du sérum artificiel en injections massives : c'est la guérison des empoisonnements par les alcaloïdes, et en particulier par la strychnine.

FEUILLETON

Les médecins aux courses.

Il y a quelques mois, un très aimable confrère des environs de Paris m'engageait à consacrer une causerie aux médecins sportmen : « Je vous assure que j'en connais pas mal, m'écrivait-il, et pourrai vous fournir quelques documents. Ce genre d'épidémie atteint surtout nos confrères de Paris et des environs. Ils prennent le germe du mal pendant qu'ils sont étudiants, et si le terrain est tant soit peu préparé, ce germe se développe admirablement et produit quelquefois de grands ravages. Je pourrais vous citer l'histoire d'un confrère, établi en province, qui a quitté son poste pour venir s'installer aux environs de Paris, uniquement parce qu'il désirait fréquenter les hippodromes. C'est un des fervents du sport hippique. Il partage également son temps entre ses malades et les champs de courses, les visites le matin, les performances des chevaux et la cote l'après-midi. Quant à moi, j'ai subi la contagion ; mais n'ai pas pris le germe du mal pendant mes études médicales ; aussi, les racines en sont-elles moins profondes. Je me contente d'aller, le dimanche, assez régulièrement, je l'avoue, soit à Auteuil, soit au Bois de Boulogne. »

Evidemment, mon correspondant est maître de lui, il juge son cas avec sang-froid et je le sais assez bien équilibré pour être sûr qu'il s'arrêtera sur la pente glissante, si jamais la passion du jeu venait à l'accaparer d'une façon impérieuse.

Car il ne s'agit au fond que de jeu, que d'un souci malsain et néfaste, le fléau de notre fin de siècle, où grands et petits, députés et gavroches, chacun spécule, tripote et ne rêve que coups de fortune rapides. Nos confrères, qui se passionnent pour les questions d'entraînement ne s'intéressent en réalité aux favoris et à leurs jockeys que pour pouvoir parier avec plus de sécurité. C'est l'appât du gain qui les émeut et non le succès de telle ou telle écurie, et non la somptuosité, du reste inutile, des plus beaux attelages, ou la splendeur des toilettes à sensation.

L'hygiène n'a même rien à démêler avec leur déplacement ; il faut les voir agités, anxieux, parcourant fiévreusement les gazettes spéciales, prenant des notes, pour être convaincu que leur exode n'a nullement été motivé par le besoin de changer de milieu, de prendre un repos bien mérité.

Il leur serait facile, à moins de frais, de choisir un autre but d'excursion, moins poussiéreux, durant l'été, moins exposé aux rafales, durant l'hiver, et surtout d'y faire participer leur famille, si le rendez-vous offrait des avantages inappréciables, au point de vue de la pureté de l'air et de la beauté du site.

L'amateur de courses se garde bien d'emmener avec lui sa femme et ses enfants. Sa compagne pourrait le censurer, l'arrêter dans ses combinaisons, l'empêcher de faire des coups de tête. C'est ce qu'il ne veut pas admettre. Il s'en va égoïstement, brusquement, pour éviter les remontrances, pour qu'on ne lui reproche pas d'abandonner les siens, chaque fois qu'il est libre.

Oh ! s'il n'y avait que des médecins riches qui risquent leurs revenus sur la pelouse de Longchamp, je n'aurais pas pris la plume. C'est un luxe qu'ils peuvent se permettre, comme la partie de baccara, au cercle. Tant pis pour eux, s'il leur en cuit ensuite. Mais, je suis pris de pitié et je crie bien fort casse-cou, lorsque je vois des confrères peu fortunés (ils sont en majorité) dissiper bêtement leurs petites économies, alors que leur ménage laisse

M. *Chassevant* a communiqué, récemment, à la Société de Biologie, les résultats de ses intéressantes expériences à ce sujet : « Nous avons toujours, dit-il, opéré comparativement, c'est-à-dire administrant, à un animal témoin, la même dose de poison.

Dans une première série d'expériences, nous faisons l'injection de sérum aussitôt après l'absorption du poison.

Lapin de 1 kil. 620 reçoit 1 milligr. 25 de strychnine à l'état de sulfate, soit 0 milligr. 77 par kilogramme, il reçoit 100 centimètres cubes de sérum artificiel en 40 minutes ; l'animal n'a que quelques secousses tétaniques et revient à lui, guéri.

Un lapin témoin de 1 kil. 500 reçoit la même dose de strychnine, 1 milligr. 25, soit 0 milligr. 79 par kilogramme ; il meurt au bout d'une heure.

Un lapin de 2 kil. 050 reçoit 2 milligrammes de strychnine, soit 0 milligr. par kilogramme. On introduit par la veine de l'oreille 202 centimètres cubes de sérum artificiel en 45 minutes. L'animal guérit rapidement.

Un lapin témoin de 1 kil. 940 reçoit 1 milligr. 75 de strychnine, soit 0 milligr. 90 par kilogramme ; il meurt au bout de 1 heure 10.

Dans une seconde série d'expériences nous attendons pour commencer les injections de sérum les premières manifestations d'intoxication. Dans ce cas, on ne peut éviter la mort, tout au plus retarde-t-on le dénouement fatal.

Lapin de 2 kil. 220 reçoit 2 milligr. de strychnine, soit 0 milligramme 90 par kilogramme. On pratique l'injection de sérum dès l'apparition des premières secousses, soit 20 minutes après l'injection du poison, l'animal meurt une heure et demie après, malgré une injection de 131 centimètres cubes de sérum.

Lapin de 2 kil. 215 reçoit 1 milligr. de strychnine, soit 0 milligr. 79 par kilogramme. On injecte 94 centimètres cubes de sérum en une heure, en commençant lors de l'apparition des premières secousses environ 15 minutes après l'injection de strychnine. L'animal meurt au bout de 3 heures.

L'injection de sérum par doses répétées dans le péritoine a donné les mêmes résultats négatifs.

En résumé, les injections de doses massives de sérum artificiel semblent empêcher l'intoxication par la strychnine, à condition d'être pratiquées avant l'apparition des accidents nerveux. »

La balnéation interne dans la fièvre typhoïde.

M. le D[r] *Henry Duchesne*, de Sainte-Anne-d'Auray, fait remarquer, dans l'*Echo médical de Lyon*, combien est impraticable à la campagne, le traitement de la fièvre typhoïde par la méthode des bains froids. L'action des bains froids est incontestable, bien que l'explication de cette action soit fort embarrassante.

Cependant, dit M. H. Duchesne, il existe une autre méthode de balnéation, balnéation interne, qui donne des résultats non moins heureux et dont l'application est aussi pratique à la campagne qu'à la ville.

---

parfois fort à désirer et qu'ils devraient songer à l'avenir, soit pour eux-mêmes, soit pour constituer une dot à leur fille ou réparer les brèches du passé.

Car, il n'y pas à se le dissimuler, du moment qu'on joue d'une façon régulière, périodique, on arrive fatalement à perdre. Quelques gains transitoires ne peuvent que retarder la chute inévitable. Ce n'est qu'une question de temps. C'est ce que devraient comprendre les malheureux ouvriers ou employés de commerce, qui, grisés par un coup heureux, se figurent naïvement que la chance sera toujours avec eux et que la fortune continuera à les favoriser. Ils désertent la tâche quotidienne, pénible souvent, j'en conviens, mais du moins saine et suivie d'un salaire certain. C'est toujours avec un serrement de cœur et une grande commisération que je les aperçois, dans les wagons de la Ceinture se transmettant des tuyaux, consultant les journaux du turf, singeant les gens riches, les oisifs, qui, eux du moins, ont les moyens de faire la part du feu.

Il n'est pas étonnant d'apprendre ensuite que tel joueur, réduit à la misère, s'est fait justice et que le revolver a achevé de brouiller le peu de cervelle qu'il possédait.

C'est ce qui explique l'indignation de M. Marcel Barthe, lors de la discussion du budget, à propos du pari mutuel : « C'est le jeu, c'est-à-dire le vol, l'escroquerie, la démoralisation, le désespoir et le suicide. »

— « Le pari mutuel, dit l'orateur, ruine les ouvriers et les dégoûte du travail. Il démoralise une grande partie de la population. A-t-on jamais eu l'idée de grossir le budget par un prélèvement sur les produits de la prostitution ? Eh bien, ce serait moins immoral. »

Lorsqu'un crime a été commis, on en poursuit l'auteur. Je n'ai jamais vu de poursuites pour excitation au jeu.

On me dit que le prélèvement est destiné à des œuvres intéressantes de bienfaisance. Peuvent-elles être mises en balance avec les désordres causés par le pari mutuel ? »

Jadis, ce sport dispendieux était à peu près l'apanage d'une certaine aristocratie financière. Aujourd'hui, les moins favorisés veulent en tâter. Aussi, à part certaines enceintes réservées, le coup d'œil d'ensemble des hippodromes est loin d'être brillant ; c'est étonnant ce qu'on y coudoie de fripouille et de personnalités louches. Même au pesage, c'est l'image de notre société à facettes et à verrues. Les aventuriers de tout acabit y coudoient la gentry la plus authentique, les clubmen les plus titrés, et la phalange irrésistible des tendresses en vogue, dont les toilettes et les chapeaux rivalisent d'éclat avec l'arc-en-ciel.

Franchement, ce n'est pas la place des petits et des humbles ; ce n'est pas non plus celle de la plupart des médecins, qui ont besoin de gérer sagement leur petit avoir. Quand même ils ne perdraient pas beaucoup, en n'exposant que de faibles sommes, ce gaspillage sans compensation est aggravé par le discrédit qui attend le délinquant. Les clients finissent par être renseignés sur ses fugues, l'écho des scènes de ménage arrive jusqu'à eux ; les bavardages de la domesticité achèvent de dévoiler la plaie et de dénoncer l'état précaire de la maison. La confiance disparaît peu à peu, tandis qu'un nouveau venu plus raisonnable, plus stable, fait sa trouée et vous supplante.

Confrères, qui aimez à cartonner ou à courir les steeple-chases, défiez-vous de la dame de pique et du pari mutuel. Vous vous préparez des ennuis mortels, si vous persistez dans votre ruineuse passion.

D[r] Grellety (de Vichy).

En 1849 déjà, Wannier avait préconisé l'emploi de l'eau froide à l'intérieur.

Dès 1832, Labat (*Ann. de médec. physiol.*, décembre) avait reconnu la puissance des inspirations d'air froid, comme moyen curatif et surtout préventif d'une autre fièvre infectieuse, la fièvre jaune.

Constantin Paul (*Mémorial thérapeutique*) a toujours préconisé le lavement froid dans les formes catarrhale, intestinale, adynamique de la fièvre typhoïde.

La nature d'ailleurs inspire au malade une soif exagérée, invitant ainsi à diluer et propulser les germes, avant la période du bouton, et après, cette soif est commandée par une diarrhée qui, courant liquide, chasse les germes (telle la chasse d'eau dans l'égout).

C'est l'eau qui, déglutie, a amené les germes le plus souvent, mécaniquement ; quoi de plus naturel qu'elle les propulse et chasse mécaniquement toujours.

Voici comment on opère : on prescrit 1° de faire boire le malade tant qu'il veut (là-dessus tout le monde est d'accord d'ailleurs) des liquides inertes (tisanes, boissons faiblement acidulées, eau légèrement rougie, grogs avec soupçon d'alcool) ;

2° Un lavement journalier tiède (ce sont les germes qui créent la fièvre) ; inutile de refrigérer autrement qu'en les chassant.

On ajoute, pour l'effet suggestif surtout, 60 centigrammes de sulfate de quinine pour un adulte, en 2 prises, et 20 grammes d'eau phéniquée faible (2,50 %) sont mis dans le lavement (à ces doses les antiseptiques sont nuls ou à peu près).

Les résultats sont les suivants : diminution rapide de la diarrhée, abaissement de la fièvre qui dépasse rarement 39° dès le 4e ou 5e jour de traitement, entrée en convalescence au bout de 21 jours en général.

Régime diététique : lait absolu, ni bouillon, qui est un poison (E. Gaucher) pour le rein, s'il est infecté, ni féculents, ni soupe maigre ; 2, 3 4 litres de lait, 2 à 3 grogs très faibles, tisanes variées, jamais d'astringents, de vin de quinquina ou d'Espagne, de macérations amères, ni de bismuth surtout.

Sur 31 cas traités, M. Duchesne a eu 2 morts, dont un alcoolique épuisé ; cela donne un pourcentage de 3,3 %.

La durée de l'affection a été de 20 jours en moyenne.

Les cas de M. Duchesne ne comprennent que de jeunes sujets (les plus âgés ont 35 ans, un seul 40).

Indications des traitements du pneumothorax.

Dans une fort intéressante revue des traitements du pneumothorax, M. le Dr *de Bovis* expose, sous forme de conclusions, les points les plus importants à retenir pour les praticiens, que nous demandons la permission de rappeler ici :

1° Le traitement du pneumothorax dépend essentiellement de sa cause et de sa forme.

2° Les indications opératoires découlent de l'asphyxie et des complications pleurales.

3° L'asphyxie est généralement justiciable de la thoracentèse : elle peut n'être pas toujours inoffensive (chez les tuberculeux). C'est donc une méthode d'urgence. Chez les emphysémateux, elle amène souvent la guérison à sa suite.

4° Les complications pleurales commandant une intervention active, sont la purulence ou la gangrène. La pleurotomie doit être précoce dans ce dernier cas. Chez les tuberculeux, elle sera plutôt retardée, afin de permettre la constitution d'adhérences ; on se hâtera plus ou moins selon l'existence d'un état pyémique plus ou moins marqué. Elle donne chez eux de bons résultats en général.

5° Les fistules thoraciques consécutives pourront être taries, si l'état général le permet, à la condition de tarir, en même temps, la fistule viscérale.

Le suc gastrique du chien comme moyen thérapeutique.

M. le Dr *Frémont*, de Vichy, a réussi à se procurer d'une manière constante du suc gastrique pur de chien en isolant complètement l'estomac de plusieurs de ces animaux par des opérations physiologiques, qu'il a longuement décrites l'année dernière à l'Académie de Médecine.

Ce suc gastrique pur lui a permis de faire de nombreux essais thérapeutiques dans presque toutes les affections graves d'estomac et d'intestin, qui ont donné d'excellents résultats.

Voici, brièvement exposées, les indications que M. le Dr Frémont donne pour l'administration de son suc gastrique physiologique :

Le suc gastrique animal soulage instantanément l'embarras de l'estomac chez les hypochlorhydriques ; guérit rapidement la gastro-entérite simple. ou simulant le choléra ; suspend l'intolérance de l'estomac ; décongestionne le foie gros par toxines gastro-intestinales ; permet à des apeptiques, qui semblaient perdus, de digérer ; augmente leur poids de vingt kilos en dix mois. Après un certain temps, ces malades n'ont plus besoin de suc, et jouissent de toutes les apparences de la santé.

Les doses à administrer sont variables : de 50 à 200 grammes par jour, au commencement des repas, dans le potage ou dans un peu de bière.

Généralement, on donne 50 à 100 grammes à chaque repas : le mélange avec la bière constitue une boisson agréable.

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

Traitement des ulcérations du col utérin.

2e article.

Nous avons passé en revue les différentes ulcérations du col de l'utérus, dans notre précédent article du n° 23 du *Concours médical* : nous avons analysé rapidement les divers signes sur lesquels doit se baser le gynécologiste, pour établir un diagnostic précis. Il nous faut, maintenant, voir quels sont, actuellement, les meilleurs moyens de traitement à opposer à chacune de ces ulcérations.

I

ULCÉRATIONS BÉNIGNES NON VÉNÉRIENNES.

Herpès. Le traitement des ulcérations herpétiques du col de l'utérus est des plus élémentaires. La simple expectation suffit généralement. Toutefois, il ne sera pas inutile, dans un but de

propreté, de prescrire quelques injections biquotidiennes, avec de l'eau bouillie additionnée d'alun ou de permanganate de potasse. Aucun topique ne devra être appliqué. Un bain avec spéculum à bain sera également salutaire. Enfin, il y aura lieu d'instituer un traitement général antiherpétique : purgatifs, eaux sulfureuses alcalines et eaux arsenicales.

Plaies septiques ulcérées. Contre les plaies septiques produites par l'accouchement, il faut utiliser : 1° les injections vaginales chaudes à la microcidine 3/1000 ; 2° les cautérisations locales au chlorure de zinc à 1/12.

Contre les plaies ulcérées produites par des instruments (canules brisées, tiges introduites dans un but abortif, etc.), on obtiendra de bons résultats des pansements vaginaux avec des tampons d'ouate hydrophile munis d'un fil solide et imbibés de glycérine au tannin à 1/5 ou à l'ichthyol 1/10. Les injections à l'eau bouillie ou à la microcidine seront d'utiles adjuvants, après l'extraction du tampon. Dans quelques cas rebelles, il y aura lieu de recourir à une ou deux cautérisations au chlorure de zinc ou à l'acide chromique en solution concentrée.

Métrites cervicales. L'ancien « ulcère du col de la matrice » est celui qui a toujours paru le plus préoccuper les gynécologistes et les malades, et c'est contre cet « ulcère » que le plus grand nombre de traitements ont été proposés.

Nous remplirions tout le journal de la simple énumération des topiques et pansements inventés pour guérir cette fréquente affection. Autant on a attribué d'importance à cette ulcération, dans les cliniques gynécologiques d'autrefois, autant on s'applique aujourd'hui à rassurer les femmes, qui craignent d'avoir un ulcère de la matrice. Il est incontestable, d'ailleurs, que peu d'affections durent aussi longtemps, quand elles sont entretenues par des traitements plus ou moins intempestifs. Il importe donc au médecin consciencieux, qui ne cherche que la guérison rapide de ses malades, de savoir diriger habilement le traitement des érosions métritiques du col utérin.

Ce n'est pas seulement l'ulcération rouge, saignante et suintante, qui existe autour du canal cervical, qu'il importe de combattre ; c'est la muqueuse totale du canal et souvent même de la cavité utérine qu'on doit modifier et soigner, car c'est son inflammation qui se manifeste par l'érosion cervicale.

Or la métrite, cause première de l'ulcération du col, est due à plusieurs genres d'infections et le traitement différera selon la nature de chaque infection.

La métrite la plus fréquente est celle qui relève de l'infection gonococcienne. Il est facile de s'assurer de la nature gonococcienne du pus excrété, au moyen du microscope et le traitement à instituer sera le suivant : 1° Crayon de glycérine solidifiée à l'ichthyol, dans le canal cervical, ou attouchements au porte-ouate imbibé de glycérine à l'ichthyol, ou de solution de nitrate d'argent au 1/20, dans la cavité cervicale; 2° tamponnement à l'ouate hydrophile imbibée de glycérine à l'ichthyol 1/10 et 3° après l'extraction du tampon, au bout de 12 à 18 heures, injection vaginale de solution de permanganate de potasse 1/1500.

Ces pansements sont à renouveler tous les deux jours, pendant 2 périodes intermenstruelles.

Contre les métrites streptococcienne et staphylococcienne, dues à l'infection puerpérale ou à l'infection par des manœuvres intra-vaginales malpropres (coït, injections, toucher), il y a lieu d'instituer une méthode de traitement un peu différente de la précédente :

1° cautérisations intra-cervicales avec le porte-ouate imbibé de teinture d'iode pure ou d'acide chromique en solution concentrée ;

2° Tamponnement à l'ouate hydrophile imbibée de glycérine au tannin ou à l'ichthyol ;

3° Injections de sublimé à 0,25 cg. pour 1 litre d'eau bouillie. On renouvelle ces pansements tous les 4 ou 5 jours, pendant 3 mois.

Il est capital de ne pas trop cautériser et de ne pas employer les caustiques violents, comme les crayons de nitrate d'argent ou de chlorure de zinc : ces caustiques creusent l'ulcération au lieu de la cicatriser. D'ailleurs, tous les caustiques ne sont bons qu'à condition de ne pas être trop fréquemment employés.

Nous ne parlons pas à dessein des bains sulfureux qui, bien que longtemps vantés et encore souvent conseillés, ne donnent que de médiocres résultats.

Il est à peine utile de faire remarquer, que pendant la durée d'un traitement de ce genre, il faut conseiller aux femmes de s'abstenir totalement du coït.

En dernier ressort, on a proposé de recourir au curettage, pour guérir l'endométrite et son ulcération. On a même passablement abusé de ce moyen, bien avant d'avoir recours aux traitements simples et médicaux. Certes, nous ne conseillons ni la temporisation, ni la timidité à outrance, mais nous ne conseillons pas davantage la furia operativa du curettage. Le curettage est un leurre ou une opération dangereuse: incomplet, il ne sert à rien ; trop complet, il est dangereux. Réservons-le pour les fausses couches et les métrites fongueuses hémorrhagiques ; là il est le plus souvent très indiqué et peut être trop rarement pratiqué. Au contraire, pour une endométrite avec ulcération, qui ne fait pas souffrir la malade, point de moyens violents ; hygiène, propreté, injections bien aseptiques, modérées et abstention de traitements intempestifs, tels sont les conseils du médecin sage et prudent.

Quand il y a des douleurs, d'abondantes pertes blanches et un certain retentissement sur l'état général, il faut dilater à l'éponge ou à la tige de laminaria et écouvillonner soigneusement la cavité utérine au chlorure de zinc faible 1/25 ou au nitrate d'argent 1/30 ; puis tamponner à la gaze iodoformée et maintenir au lit pendant une semaine.

Les topiques pulvérulents employés contre les ulcérations de la métrite donnent des résultats absolument illusoires et nous ne saurions davantage conseiller les vaporisations et fumigations de résorcine, préconisées, contre toutes les variétés d'endométrites, à de récents congrès.

II

ULCÉRATIONS MALIGNES.

Épithélioma et cancer. — L'ulcération du cancer est tantôt petite, peu profonde, sans extension,

tantôt large, envahissante avec complications vésicales, vaginales, rectales. Dans le premier cas, il n'y a pas à hésiter ; autrefois, on se bornait à cautériser cette ulcération avec nitrate d'argent, ou acide chromique, voire même thermo-cautère ; aujourd'hui, le doute est impossible, et la timidité coupable. Dès qu'une ulcération est reconnue cancéreuse, s'il n'y a pas de généralisation de voisinage, elle doit être opérée avec l'organe qu'elle a atteint. Donc pas de cautérisations, pas d'opérations timides d'amputations du col intra ou supra-vaginales ; dès le début il faut appliquer l'hystérectomie vaginale totale d'emblée.

Il n'y a que les chirurgiens radicaux qui peuvent espérer obtenir des succès, quand il s'agit du cancer. Mais, il faut être sûr du diagnostic et ne pas craindre d'examiner au point de vue histologique des fragments de la tumeur ulcérée, avant d'entreprendre toute intervention.

Quand l'ulcération est large, envahissante, compliquée de généralisation vaginale, rectale, vésicale, que devra-t-on faire ? Jusqu'à présent, toute intervention pratiquée dans ces conditions a échoué et s'est terminée par la mort rapide. Donc, il faut s'abstenir de toute opération et même de tout pansement au spéculum.

En premier lieu, on insistera sur l'hygiène et la propreté locales : on prescrira tous les matins une légère injection, avec faible pression, d'eau additionnée d'un peu de coaltar, de créoline, de lysol ou de solvéol ; contre les hémorrhagies, les injections à 48 ou 50° additionnées de décoction concentrée d'écorce de chêne, constituent une bonne méthode de traitement.

Comme topique, nous tenons à insister sur leur inutilité et même sur leur danger.

Iodoforme, iodol, salol, résorcine, iodo-crésine etc., ont été employés sans succès ; récemment, le Dr Guinard a vanté les bons résultats obtenus par le *carbure de calcium* (le sel de l'acétylène).

Nous rappelons en quelques mots l'exposé de la méthode de M. Guinard, qui a fait l'objet d'un petit article de notre *Semaine médicale*. (*Concours*, n° 19, page 218.)

On prend un morceau de carbure de calcium du volume d'une petite noix, ou plus petit, suivant la disposition des bourgeons épithéliomateux, et on l'introduit directement, à nu, au fond du vagin, en contact immédiat avec les parties malades. On sait que ce corps, découvert par M. Moissan, de l'Institut, dans le four électrique, a la propriété, au contact de l'eau, de se transformer en oxyde de calcium et en gaz acétylène. On voit aussitôt bouillonner l'acétylène au fond du vagin. On bourre rapidement le vagin avec de la gaze iodoformée, qui retient l'acétylène au contact des bourgeons néoplasiques. La malade éprouve pendant trois ou quatre heures une sensation de brûlure qui disparaît d'elle-même, et quatre jours après, on enlève le tampon de gaze et on fait un lavage copieux avec une solution de sublimé au millième. Il est nécessaire de détacher, avec le doigt ou un instrument mousse, les fragments d'oxyde de calcium qui sont incrustés dans le néoplasme et qui sont entraînés par le lavage. On voit que ce procédé, très simple, est à la portée de tous les médecins et ne nécessite ni aide, ni outillage spécial. On se procure le carbure de calcium chez la plupart des marchands de produits chimiques, au prix modique de 2 fr. 50 à 3 francs le kilogramme.

Que ce soit le carbure de calcium ou l'oxyde de calcium à l'état naissant qui agisse en ce cas, peu importe ; toujours est-il que, par ce moyen, on combat victorieusement les trois symptômes les plus graves du cancer utéro-vaginal : 1° les hémorrhagies ; 2° l'hydrorrhée fétide ; 3° les douleurs. Dès la première application, toute hémorrhagie cesse instantanément. De plus, les bourgeons néoplasiques se dessèchent et tombent, laissant une surface lisse et unie, de ton uniformément grisâtre. L'acétylène agit comme hémostatique, et la chaux comme caustique ; mais les liquides vaginaux hydratent rapidement la chaux vive et limitent son action caustique. « C'est donc là une application nouvelle, et non la moins inattendue et la moins originale, du carbure de calcium. Même si cette redoutable affection n'est pas guérie, ce que le temps démontrera, on a, avec ce procédé, un moyen simple et absolument inoffensif d'entraver et de retarder considérablement la marche du mal, puisque les applications du carbure de calcium combattent victorieusement les trois symptômes les plus menaçants : les hémorrhagies, les écoulements fétides et les douleurs. »

Ajoutons que contre l'écoulement fétide, on se trouvera bien de faire garnir la malade avec un sachet d'ouate de tourbe.

Voilà pour les topiques.

Quant au traitement général, il est fort utile : arséniate de soude à doses progressivement croissantes ; 0.005 milligrammes en 24 heures, puis 0.01 centigramme, 0.01 centigr. 1/2, et même 0.02 centigr. en 24 heures.

De plus, il sera bon de faire prendre chaque matin à jeun une ou deux cuillerées à café de poudre de magnésie calcinée dans un peu d'eau.

Les toniques (jus de viande, phosphates et glycérophosphates, kola, maté, coca) seront variés au fur et à mesure des besoins et des indications.

Enfin, on sera toujours armé de l'injection de morphine, des suppositoires et lavements calmants, des liniments opiacés et des stypages au chlorure de méthyle pour combattre les douleurs atroces qui torturent les infortunées malades.

Tuberculose. Les ulcérations tuberculeuses du col utérin sont justiciables d'un traitement local prolongé et d'une médication générale intensive.

Les meilleurs topiques à opposer aux ulcérations tuberculeuses du col utérin sont, sans contredit, l'iodoforme et la créosote.

On touchera chacune des ulcérations avec la glycérine créosotée ou l'huile gaïacolée faible au 1/12 ; puis on tamponnera à l'ouate hydrophile imbibée de glycérine créosotée et saupoudrée d'iodoforme. Une injection détersive au lysol ou à la résorcine sera faite le lendemain et les pansements renouvelés tous les 3 jours.

A l'intérieur, il faut recourir à l'huile de foie de morue, en hiver, à l'arséniate de soude, 0,01 centigr. en 24 heures, en été les pilules d'iodoforme 0.10 centigr. par jour alternées avec les pilules de gaïacol, sont les meilleurs antiseptiques internes à opposer au bacille de Koch.

La suralimentation par les œufs, la poudre de viande, le jus de viande, est une condition indis-

pensable de succès. Tout rapport sexuel doit être formellement interdit.

III

ULCÉRATIONS VÉNÉRIENNES

Chancrelle ou chancre mou. — Le chancre mou est relativement difficile à guérir, quand il envahit les profondeurs du canal vaginal et le col utérin. Il exige de grands soins de propreté et des pansements quotidiens.

Le traitement est purement local, car nous savons que le chancre mou n'infecte que le point contaminé et n'envahit point la circulation.

On cautérise avec précaution tous les bourgeons ulcérés avec l'acide chromique concentré ou le chlorure de zinc au 1/12. Puis on applique un gros tampon d'ouate imbibé de glycérine au tannin ou de permanganate de potasse et saupoudré d iodoforme ou d'iodocrésine. Au bout de 18 à 24 heures, le tampon est enlevé et on pratique une injection à la microcidine 3/000 ou au sublimé 0,25/000. On renouvelle cautérisations, tamponnement et pansement et ainsi de suite, chaque jour, jusqu'à ce que la plaie ait pris un aspect de bon aloi, ce qui demande une quinzaine de jours généralement.

Jusqu'ici, nous n'avons signalé aucun moyen topique analgésique contre les ulcérations de l'utérus : en effet, ces plaies ne sont presque jamais douloureuses, sauf dans le cas d'épithélioma, et encore, même dans ce dernier cas, n'est-ce pas à proprement parler la plaie du col qui provoque des douleurs. Le chancre mou phagédénique provoque fréquemment des douleurs, parce qu'il envahit la vulve et le vagin en même temps que le col utérin : il n'y a, alors, pas de meilleur topique analgésique que l'iodoforme en poudre et en pommade, à appliquer sur tous les points sensibles.

Quant à la balnéation, nous la déconseillons au début, au moment de la période virulente du chancre, car elle pourrait provoquer d'autres inoculations : il est nécessaire d'attendre que la plaie n'ait plus de caractères infectieux et que le microscope n'y décèle plus le bacille de Unna.

Le mieux alors est de donner des bains sulfureux et de pratiquer des pansements vaginaux avec la glycérine à l'icthyol.

Chancre syphilitique.—Quand on a découvert, sur le col utérin, l'existence d'un chancre ou de plusieurs chancres syphilitiques, quelle conduite y a-t-il à tenir ? On ne discute plus guère aujourd'hui sur la nécessité ou l'absolue inutilité d'extirper et de cautériser le chancre pour prévenir l'infection générale. Il est malheureusement prouvé que l'infection a toujours lieu quoi qu'on fasse. Néamoins, nous recommandons comme une bonne pratique de toucher vigoureusement le chancre au thermo-cautère ou à l'acide chromique concentré. M. le Dr *Larrieu*, de Montfort-l'Amaury, préconise l'application pendant 2 ou 3 minutes de pâte de Vienne préparée en consistance de mastic. Il est nécessaire de recourir à l'emploi d'un spéculum cylindrique de Fergusson pour appliquer les caustiques afin d'éviter les contacts avec la muqueuse vaginale. Après la cautérisation, on applique un tampon d'ouate imbibé de glycérine au sublimé ou de pommade au précipité blanc. Des injections vaginales quotidiennes au sublimé faible 0.25/00 et un pansement à la pommade au précipité blanc sont nécessaires pour obtenir la guérison rapide de la plaie et ont l'avantage en même temps d'opposer une salutaire barrière à tout rapprochement sexuel.

Comme traitement général complémentaire, M. Larrieu conseille d'employer, dès le début : 1° les frictions d'onguent napolitain sur les deux aînes, avec peu de pommade à la fois, répétées quotidiennement ; 2° l'administration de 3 à 5 gouttes (III à V) de teinture d'iode, tous les matins à jeun, dans un demi-verre d'eau sucrée, pendant vingt jours. Prescrire, au besoin, après dix jours de repos, une nouvelle cure iodée de vingt jours. Ce traitement, tout simple qu'il paraît, n'en est pas moins d'une efficacité remarquable. Au bout de quelques jours, l'eschare produite par le caustique tombe. Sous la double influence du travail inflammatoire provoqué par son élimination et du traitement interne, l'induration du chancre se résorbe, au plus défavorable vers le dixième jour ; et, du quinzième au vingt-cinquième jour, les ganglions ont repris leur volume normal. A la place du chancre il ne reste plus qu'une plaie bourgeonnante qui ne tarde pas à se cicatriser.

On attend en vain les accidents secondaires : il ne s'en produit pas, et je n'ai jamais pu, malgré une surveillance minutieuse, découvrir, chez mes malades ainsi traités, la moindre éruption ou érosion pouvant faire soupçonner que la syphilis n'avait pas été enrayée.

Quelle est la part qui revient à chacun de ces trois agents thérapeutiques dans la guérison radicale du chancre ? La cautérisation seule ne paraît avoir jamais eu de succès. Sans être absolument nécessaire, elle n'en a pas moins une très grande importance, et il faudra y recourir toutes les fois que la chose sera possible. Elle hâte en effet la résorption du syphilome primitif, et, dans les chancres cautérisés, l'induration disparaît bien avant que la cicatrieation se soit effectuée. Le contraire a lieu pour les chancres non cautérisés : la cicatrisation s'effectue du cinquième au dixième jour, ou du quinzième au vingt-cinquième jour, suivant le topique employé, mais l'induration persiste, et nécessite une ou plusieurs reprises de la cure iodée.

Syphilides secondaires. Plaques muqueuses. Les plaques muqueuses du col utérin sont justiciables de cautérisations au chlorure de zinc au 1/12 ou au crayon de nitrate d'argent, tous les deux ou trois jours. Ces cautérisations sont suivies de tamponnements à la pommade au précipité blanc et d'injections au sublimé 0.25/00.

En même temps on prescrit l'usage quotidien des frictions mercurielles d'onguent napolitain, ou de flanelles mercurielles suspendues au devant du cou comme des scapulaires.

A l'intérieur, on prescrit le protoiodure de mercure en pilules de 0,02 centigrammes, 3 à 5 par jour.

D'ailleurs, en ce qui concerne le traitement général de la syphilis confirmée, deux méthodes sont actuellement en présence :

L'une consiste à ne traiter la syphilis qu'à propos de ses manifestations ; elle s'adresse plutôt à ces dernières qu'au mal lui-même. C'est la méthode opportuniste, encore très en vogue en Allemagne, et dont, en France, Diday était le représentant le plus connu et le plus autorisé.

Elle se contente, dans les intervalles où le mal est latent, d'une simple « expectation vigilante ».

L'autre méthode surtout préventive, est la méthode des cures successives, traitement chronique intermittent. Le professeur Fournier en est l'auteur et il l'a exposée, avec tous ses détails, dans des leçons réunies en volume sous le titre de *Traitement de la Syphilis*. Cette méthode consiste, d'une manière générale, à administrer du mercure à l'intérieur, même à la période primitive, dès que le diagnostic du mal ne laisse plus de doute, et pendant deux mois environ. Puis, la médication est suspendue pendant quatre à six semaines pour être reprise au bout de ce temps, même en l'absence de toute manifestation syphilitique, et durer environ six semaines. A partir de cette seconde cure, on peut espacer les suivantes, progressivement, jusqu'à cinq et six mois. La troisième année, d'ordinaire, il convient de recourir à l'iodure de potassium, qui est prescrit, comme les préparations hydrargyriques, par périodes intermittentes de un mois à six semaines. Telles sont les grandes lignes de ce traitement, dont les résultats, au point de vue des accidents secondaires et des accidents éloignés sont supérieurs à ceux de la méthode dite opportuniste. Il a le grave inconvénient d'être très long et de lasser un trop grand nombre de malades naturellement portés à la négligence et qui adoptent d'instinct la méthode opposée.

L'insuffisance des méthodes classiques de traitement de la syphilis à la période secondaire, en a fait imaginer de nouvelles. Ce sont toujours les composés hydrargyriques qui en font les frais, mais le mode d'administration diffère. Je mentionnerai simplement les injections de sels mercuriels solubles, les injections intra-veineuses de sublimé, hypodermiques de la même substance, celles-ci peu expérimentées d'ailleurs, les injections de calomel de MM. Balzer et Jullien, les injections d'huile grise, etc.

Toutes ces méthodes ont leurs indications spéciales qu'il serait trop long d'exposer ici.

Syphilides tertiaires. Ces lésions rares sont traitées par les pansements iodoformés ou iodocrésinés, les injections de sublimé faibles et la médication générale par le sirop de Gibert ou mieux la solution mixte :

Iodure de potassium........	10 gr.
Biiodure de mercure........	0,10 centig
Eau distillée................	150 gr.

Une cuillerée à soupe avant chaque repas ; augmenter progressivement jusqu'à 5 cuillerées par jour.

La guérison s'obtient généralement en 3 ou 4 semaines.

Telle est la thérapeutique rationnelle des ulcérations du col utérin. On peut y ajouter comme adjuvants les cures d'eaux minérales : les bains de mer, quand il n'y a pas de lésions graves des annexes, les eaux arsenicales contre l'herpès, les eaux sulfureuses peu thermales contre les métrites, enfin les eaux sulfureuses chaudes (en douches vaginales et en bains avec spéculum), contre les manifestations syphilitiques.

Dr Paul Huguenin.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Assistance médicale gratuite.

Mémoire présenté à Monsieur le Préfet du Cantal et à Messieurs les Conseillers généraux.

Un nombre important de délégués du corps médical du Cantal, comprenant des délégués autorisés appartenant à tous les arrondissements du département, se sont réunis pour étudier, de nouveau, l'organisation de l'Assistance médicale, et rechercher les motifs de l'échec du règlement rédigé par M. le Secrétaire général, le 18 septembre 1895.

Après avoir communiqué les observations dont leur avaient fait part tous leurs confrères, soit dans des conversations particulières, soit dans des réunions confraternelles, ils nous ont chargés de rédiger ce présent Mémoire pour vous éclairer et vous expliquer les motifs qui ont fait refuser le règlement du 18 septembre par un grand nombre de médecins. Ce Mémoire, du reste, a été communiqué à ces délégués et approuvé par eux.

Le règlement du 18 septembre est jugé mauvais inacceptable, par presque tous nos confrères : ceux qui l'ont accepté sont peu nombreux, et ceux-ci euxmêmes n'en sont pas tous satisfaits :

MM. Fesq et Cazals, qui ne connaissaient encore que votre vote et non les additions imprévues qu'on a fait subir à vos décisions, déclaraient, le 10 septembre, à Aurillac, que le tarif était insuffisant, mais qu'ils se croyaient obligés de l'accepter provisoirement par déférence pour leurs collègues du Conseil général ; MM. Mary et Guillaume (lettres à la réunion de Mauriac) ne s'en contentent, temporairement, que pour ne pas faire obstacle à l'exécution de la loi ; M. Malevialle propose de rejeter le tarif et de s'en tenir à celui du 8 avril (réunion du 10 septembre, à Aurillac) d'autres entourent leur adhésion de telles réserve et déclarent si franchement que ce n'est qu'un essai qu'ils consentent à faire, que l'on ne peut guère compter sur leur acceptation définitive ; d'autres enfin ont eu la main forcée par des nécessités professionnelles ou politiques.

Le règlement départemental a été copié, incomplètement et irrégulièrement, sur un projet de règlement du Conseil supérieur de l'Assistance. Mais nous n'avons trouvé nulle part, dans la loi, d'indication sur le rôle de ce Conseil supérieur. L'envoi de ce projet de règlement à tous les départements est contraire à la loi et blessant pour les Conseils généraux. En effet, la loi (titre 1, art. 4) dit que les Conseils généraux voteront, dans chaque département, le mode de fonctionnement du service.

Le législateur a, en effet, compris qu'il fallait tenir compte des nécessités locales, et que chaque région a ses besoins et ses usages particuliers. Il n'a pas voulu imposer à la France un règlement unique, et cet essai (bien modeste) de décentralisation, a été immédiatement contrecarré par les bureaux du ministère, qui veulent faire accepter partout le fruit de leurs veilles ; ils ont cru que la médecine s'exerçait aux pieds des Alpes ou dans les montagnes du Cantal, comme aux alentours de la place Beauveau, et ils ont réglementé en conséquence.

La loi vous invite à faire un règlement adapté aux besoins du Cantal : vous les connaissez mieux que personne et vous n'avez pas besoin de guide étranger pour remplir votre tâche.

Un examen sérieux de la question nous oblige à passer en revue les divers articles du règlement.

L'article 1 ne soulève aucune discussion.

L'article 2 est un de ceux qui ont soulevé le plus de protestations parmi les médecins. Il établit en effet et sans motif, une distinction entre la manière de traiter

les médecins et les pharmaciens. L'adhésion de ces derniers suffit pour qu'ils fassent partie du service de l'Assistance. Les médecins, au contraire, doivent, après avoir donné leur adhésion, subir une triple investiture d'une commission (sur la composition de laquelle nous aurons à revenir), de M. le Préfet et du Conseil général. Pour ne pas blesser injustement le corps médical, il suffirait de modifier ainsi cet article :

« Les médecins et pharmaciens qui ont adhéré au règlement, font partie du service de l'Assistance. La liste en est communiquée, chaque année, au Conseil général. »

L'article 3 comprend deux paragraphes qui se contredisent. Si l'indigent a le libre choix de son médecin, il doit pouvoir choisir parmi les médecins les plus rapprochés de son domicile. Or, comme le médecin, en vertu du paragraphe 2, ne sera payé que sur le tarif applicable au médecin strictement le plus rapproché (même si celui-ci est empêché, absent ou malade), ou l'indigent sera, contrairement à la loi, privé de soins médicaux, ou le médecin, qui consentira à aller le soigner, ne recevra pas la rémunération légale de son travail. Vous pouvez inviter les indigents à s'adresser aux médecins les plus rapprochés de leur domicile, mais, si vous allez plus loin, vous ne leur donnez plus la liberté que vous annoncez pompeusement, dans le paragraphe précédent, et vous revenez, d'une manière indirecte, au système des circonscriptions qui a été unanimement repoussé.

Les articles 5 et 17 se contredisent : l'article 5 prescrit au médecin d'envoyer une feuille du carnet à souche au pharmacien et l'autre au Président du bureau d'Assistance. L'article 17 lui enjoint de joindre cette feuille à son mémoire de fin d'année. Une de ces deux dispositions doit disparaître, et il nous semble plus naturel de conserver celle de l'article 17 qui laisse au médecin une preuve des visites qu'il a faites.

Les articles 6, 10 et 13 sont contraires à la loi qui porte (article 26) les *appareils* parmi les dépenses obligatoires du service. Or, tous les appareils sont supprimés de fait, même les plus urgents, comme les sondes, les canules à injections pour suites de couches pathologiques : on ne laisse que les bandages herniaires et les bas élastiques : dans ce cas, l'ordonnance du médecin doit être visée par le Président du Bureau. Pourquoi ? Aura-t-il le droit et le devoir de s'assurer par lui-même de la nécessité de l'appareil prescrit ? Mais c'est de l'exercice illégal de la médecine ? Ne sera-ce qu'une simple formalité blessante pour le médecin, gênante pour le malade qui, après avoir fait un premier voyage pour aller chez le médecin, devra en faire un second pour aller chez le pharmacien ?

Le bureau d'assistance peut, il est vrai, autoriser la livraison des autres appareils, mais il se réunit tous les trois mois. Si le malheureux prostatique, qui ne peut uriner sans sonde, doit garder son urine dans la vessie jusque-là ; si la malheureuse, atteinte de fièvre puerpérale, doit attendre le même temps pour prendre des injections antiseptiques, l'économie sera complète, car, quand le bureau d'assistance se réunira, il n'aura rien autre chose à faire qu'à voter une plaque funéraire à cette victime des formalités bureaucratiques.

Il faut donc que le médecin, seul juge de l'état de son malade, puisse lui prescrire tout ce qui lui est nécessaire : supprimez les spécialités si vous le jugez bon, personne ne réclamera, car elles peuvent être remplacées dans tous les cas par des préparations magistrales.

L'avis de la commission, prévue à l'article 10, n'est admissible que par raison budgétaire, pour les appareils onéreux, tels que les appareils de prothèse après amputation. Ces appareils, de prix variable, suivant les cas, ne peuvent pas être prévus au tarif.

L'article II fixe les honoraires des médecins. Une réunion de délégués du corps médical avait, le 8 avril 1895, fixé un tarif modeste, mais rémunérateur. Le Conseil général n'a pas cru devoir attacher d'importance à ces propositions, et il a rédigé un nouveau tarif que presque tous les médecins repoussent.

Alors que le tarif pharmaceutique (demandé spécialement aux pharmaciens) ne subissait qu'une réduction de 10 % que ces messieurs n'ont pas cru pouvoir accepter, le nôtre subissait des réductions de 66 % (visite de nuit), 33 % (visite de jour), 25 % (indemnités kilométriques).

Nous ne pouvons que nous en tenir aux propositions faites dans la réunion du 8 avril dernier.

Cette réunion avait fixé un tarif aussi réduit que possible, en tenant compte des honoraires habituels des médecins du département et de l'esprit de la loi qui, mettant à la charge de l'État, des départements et des communes, les soins donnés aux indigents, en fait un service public, et veut que ce service soit rétribué honorablement, comme les autres services du même ordre. On a dit à la Chambre que cette loi aurait pour résultat de retenir dans la campagne des médecins qui ont, disait-on, trop de tendance à se concentrer dans les grandes villes ; ce n'est pas en appliquant ainsi la loi que ce résultat sera atteint.

L'état n'a pas le droit de demander à un citoyen quelconque un travail, quel qu'il soit, sans le rétribuer de sa peine. C'est pour cela que nous ne comprenons pas que le Conseil général veuille que les consultations soient gratuites. Elles demandent au médecin la même attention, le même travail intellectuel qu'une visite à domicile. Elles entraînent souvent les opérations de petite chirurgie (pointes de feu — extraction de dent — ouverture d'abcès superficiels — pansements — cathétherisme) pour lesquelles nous consentons à ne pas recevoir d'honoraires spéciaux. Ces soins peuvent cependant être longs et minutieux, et occasionner quelque menue dépense au médecin.

Nous consentons, en les donnant au prix de la consultation ordinaire, une concession absolument gratuite et dont le Conseil général doit tenir compte dans l'appréciation de notre tarif.

Il est juste :

1° Que les consultations chez le médecin soient payées ;

2° Que la visite de nuit soit payée le double de la visite de jour ;

3° Que l'indemnité kilométrique soit de un franc le jour, et soit doublée la nuit ;

4° Que l'indemnité kilométrique soit calculée, pour les accouchements, comme pour les autres maladies ;

5° Que les soins des suites de couches (souvent longs et minutieux après les interventions obstétricales), soient payés à part, comme les soins dans les autres maladies ;

6° Que l'indemnité donnée aux sages-femmes, appelées à exercer en dehors de leur résidence, soit calculée sur des bases kilométriques pour leur permettre de rétribuer le voiturier qui les portera auprès de leurs clientes.

Les articles 19 et 20 s'occupent d'une commission consultative que les médecins ne sauraient admettre dans les conditions prévues.

Nous n'avons pas qualité pour nous occuper des affaires des pharmaciens, et nous n'acceptons pas qu'ils s'occupent des nôtres. Ils n'ont aucune compétence pour fixer les honoraires médicaux exceptionnels prévus à l'article 15.

Nous demandons que la commission, destinée à jouer ce rôle, soit nommée au scrutin de liste par tous les médecins du département, ayant accepté de faire partie du service. Le dépouillement du scrutin aura lieu par les soins de M. le Préfet, assisté d'un délégué de l'Union syndicale départementale, désigné par ses collègues (comme cela a lieu dans d'autres départements, la Haute-Saône, par exemple). Les quatre médecins ayant obtenu le plus grand nombre de suffrages seront, de droit, membres de cette commission. Pour ne pas multiplier les élections, en cas de non-acceptation ou de démission d'un de ces membres, celui-ci sera remplacé, jusqu'à la fin de son mandat, par le médecin qui aura obtenu le plus grand nombre de suffrages, après le dernier membre élu de la commission.

Cette commission aura pour mission de régler les questions prévues à l'article 15, et de servir d'arbitre entre l'Administration et les médecins, quand il y aurait un différend pour le calcul des distances portées sur les mémoires de fin d'année.

Tels sont les desiderata que le corps médical a cru devoir formuler, et les modifications indispensables que doit subir le règlement départemental. Nous ne doutons pas que vous les acceptiez, si vous avez le même désir que le corps médical d'assurer aux indigents de notre département les avantages que leur procurera la loyale application de la loi de juillet 1893.

Aurillac, le 11 février 1896.

Les délégués du corps médical :
Bois, — Hugon, — Peyrac,
G. Peschaud, — Girou.

Corps de santé des navires de commerce.

Monsieur le Directeur,

Il y a un mois j'ai eu l'honneur de vous écrire au sujet d'une mesure qui avait été prise quelque temps auparavant par le Ministère de l'Intérieur à l'égard des médecins embarqués à bord des navires de commerce, et je vous promettais, à la même époque, de vous adresser un rapport plus complet sur la situation actuelle de ces médecins, situation peu connue de ceux qui ne sont pas intéressés à la question.

Autrefois (je parle de 4 ou 5 ans), pour entrer dans la marine du commerce, en qualité de médecin, il suffisait de faire une demande à une compagnie de navigation. Une fois acceptée par celle-ci, la direction de santé dans les ports ne faisait aucune difficulté pour vous accorder l'autorisation d'embarquer, pourvu qu'on présentât un certificat de 12 inscriptions près d'une faculté de médecine. Souvent même (après que le Ministère de la marine eût exigé que tous ses médecins fussent docteurs, et qu'il eût par ce moyen éliminé quelques-uns d'entre eux), souvent même la Santé se contentait d'un certificat constatant que l'on avait servi dans la marine de l'Etat, où parfois aucune des inscriptions prises dans les écoles de médecine navale n'était validée par un examen dans une Faculté. Il y a 2 ans, la Santé se montra plus sévère pour l'embarquement des médecins : elle exigea un diplôme de docteur ou d'officier de santé, sans cependant retirer l'autorisation de naviguer aux « étudiants » qui avaient déjà fait plusieurs voyages.

Le médecin de la marine du commerce appartenait à une Compagnie.

Quand on avait besoin de lui, on l'appelait ; il était gagé pendant toute la durée de l'embarquement. Mais les bateaux désarmant au retour de chaque voyage, le médecin n'était plus rien. Il touchait 2/3 de solde s'il était ancien à la Compagnie, mais s'il était nouveau, on le remerciait simplement, et il lui fallait chercher un autre embarquement comme le fait le matelot. — Chargé de l'hygiène du bateau, le médecin se trouvait pris entre sa conscience professionnelle et la nécessité de vivre. En disant la vérité il s'exposait à être remercié par la Cie qui lui donnait de mauvaises notes ; et comment faisait-il alors s'il n'avait pas quelques avances? Car la plupart des médecins qui naviguaient encore, je ne parle pas des jeunes gens reçus docteurs et qui au sortir de l'école avec l'humeur voyageuse trouvent l'occasion de faire un ou plusieurs beaux voyages, et ils sont nombreux, je parle de ceux qui naviguent sans cesse, faisant plusieurs fois par an les mêmes trajets et cela depuis longtemps comme un employé de tramways ou de chemins de fer, ces médecins, dis-je, sont recrutés le plus souvent parmi des jeunes gens sans fortune, qui ont terminé quand même leurs études médicales, mais à qui il manque les avances nécessaires à une première installation dans une ville ou à la campagne. Ils viennent au commerce qu'ils ne connaissent pas, attirés aussi par l'appât d'une solde fixe mensuelle, espérant économiser et faire ensuite de la médecine civile.

J'ai employé jusqu'ici l'imparfait de l'indicatif, j'aurais pu me servir du présent, car les choses n'ont pas changé encore, la situation est la même. Que fera le décret du 21 janvier 1896 ? Rien. Car le médecin dépendra toujours de la Cie qui le paye. De plus il aura le tort d'empêcher de naviguer les docteurs qui ont déjà des états de service, au moins pendant un certain temps. Et cela pour plusieurs raisons que je vais essayer d'exposer le plus clairement possible.

Il faudra dorénavant pour obtenir l'autorisation d'embarquer, produire : 1° un diplôme de docteur; 2° un certificat constatant qu'on a passé un examen spécial, une fois docteur.

C'est certainement une chose excellente que d'exiger le diplôme de docteur (il y en a tant aujourd'hui qui se trouvent sans places), mais que deviendront les malheureux jeunes gens qui, ayant déjà servi l'Etat comme aides-médecins ou médecins de 2e classe, n'étant pas diplômés, ont navigué depuis longtemps au commerce et y naviguent encore ? Je ne prêche pas pour mon compte personnel, mais je prêche et je réclame pour la corporation entière de ceux qui malheureusement sont obligés de naviguer et qui ont déjà de nombreux états de services, car il y a longtemps que je suis reçu docteur.

Quant à la question d'examen spécial, elle est plus grave, et je ne l'envisage qu'au point de vue des docteurs seuls.

Parmi ceux-ci il y en a qui naviguent depuis longtemps, qui ont oublié la théorie tout en acquérant la pratique. Quel est le médecin civil exerçant depuis 8 ou 10 ans qui serait capable aujourd'hui de passer un examen théorique de pathologie interne ou pratique de bactériologie ? Le médecin qui navigue est dans le même cas, avec, en plus, cette différence qu'il a été forcé de travailler 4 ou 5 langues diverses, suivant les voyages qu'il fait, pour pouvoir donner des consultations. Enfin l'embarquement étant le seul moyen d'avoir de quoi vivre, puisque, si l'on veut rester à terre, on est remercié par la Cie, comment ferons-nous pour nous trouver en France à l'époque fixée par le ministre pour passer l'examen en supposant toutefois que nous soyons prêts et que nous n'ayons pas besoin de quelques semaines de travail dans un laboratoire spécial pour nous remettre au courant de la pratique ? Nous sommes en ce moment placés entre l'enclume et le marteau. Ou nous voulons passer l'examen, mais il nous faut quitter la Cie ; qui sait quand on nous reprendra ? Ou nous ne subissons aucune épreuve et alors la direction de la Santé se refuse à nous laisser partir de nouveau

Enfin, parmi les docteurs il existe dans la marine du commerce deux catégories : les uns, autorisés provisoirement à naviguer par la direction de la Santé où ils sont embarqués ; les autres commissionnés définitivement par le ministère de l'Intérieur (tels sont les docteurs des Messag. Marit. et des Transatl.) Quelle différence y a-t-il entre eux ? Aucune ; si ce n'est que ces derniers, mieux informés que les autres, ont après leur admission par la Santé, adressé une demande au ministère. Pour ceux-ci les directeurs du service sanitaire font une pétition de façon qu'ils soient dispensés de l'examen et nommés directement. Pourquoi en serait-il autrement pour nous qui n'avons que négligé une simple formalité ? Ne devrait-on pas nous donner le temps de la remplir ? Je fais des voyages au long cours, je reste 3 mois à la mer, 8 jours en France. Comment veut-on que pendant ces 8 jours je puisse m'informer de toutes ces questions lorsque j'ai à peine le temps de me retourner pour être prêt au départ et que j'ai confiance en la loi disant que le docteur en médecine a le droit d'exercer sur tout le territoire français ? Il me semble que le décret du 21 janvier est fait pour créer des places nouvelles aux débutants qui peuvent plus facilement se trouver en France aux époques d'examen et qui sont plus prêts en théorie, quitte à remercier tous ceux qui ont déjà des services rendus à

leur actif, plutôt que pour améliorer la situation ancienne.

Le rapport annexé au décret donne certains détails qui, aux yeux des personnes n'ayant jamais navigué, peuvent paraître excellents : « il augmente les garanties, etc.. » Pourquoi le gouvernement français n'a-t-il pas foi en ses docteurs lorsqu'à l'étranger (en dehors des questions politiques) sur une simple déclaration du médecin du bord on accorde la libre pratique sans conteste ? Au Brésil en Argentine, en Espagne, en Italie, en Portugal, en Angleterre, en Australie, dans tout l'Orient, sur toute la côte d'Afrique soit à l'Est, soit à l'Ouest, le rapport au médecin du bateau n'est jamais contrôlé : je ne cite que ces pays, ce sont ceux où je suis allé, et jamais aucune autorité sanitaire n'est venue pour s'assurer de la véracité de nos dires. Le gouvernement français aurait donc des doutes sur la valeur médicale des jeunes gens qu'il diplôme ?

Pour obvier à tous les inconvénients dont je viens de parler, je crois qu'une réforme complète serait nécessaire. Je veux indiquer le remède qui me semble le meilleur.

Pourquoi ne pas faire pour les médecins de la marine du commerce ce que l'on fait pour les agents des postes embarqués sur les courriers subventionnés ?

Tous les trois mois, à dates fixes (janvier, avril, juillet, octobre), un concours s'ouvrirait dans nos quatre grands ports marchands : le Havre, Nantes, Bordeaux, Marseille, concours qui serait partout le même. Il n'est pas un de nous qui dans le délai d'un an ne puisse obtenir de sa Cie un congé de quelques jours pour se préparer à subir l'épreuve. Les candidats devraient être français et docteurs ; ils feraient en même temps leur demande pour le port auquel ils désirent appartenir. Il y aurait une composition écrite de pathologie interne, éliminatoire ; une seconde partie comprenant avec une épreuve pratique de bactériologie, des interrogations sur les maladies contagieuses, l'hygiène des navires, les lois et règlements sanitaires, enfin un exposé des titres. Les candidats reçus seraient, dans chaque port, inscrits dans une liste d'embarquement.

Quand un navire voudrait partir, en même temps qu'il va chercher sa patente de santé, il serait tenu de prendre le médecin qui se trouve le premier sur la liste. Au retour le médecin serait débarqué et prendrait sur cette liste le dernier rang.

Il est facile de savoir combien il y a de navires armés pour le long cours ; les premiers examens ne prendraient que le nombre strictement nécessaire, tout en se réservant le droit de prendre les médecins classés à la suite, en qualité d'auxiliaires, en cas d'imprévu. Pour la première année, le classement définitif de tous les concours serait fait en décembre, la liste d'embarquement dressée et le système applicable en janvier.

Quant aux médecins qui naviguent depuis longtemps, sans être docteurs, en considération de leurs titres, il leur serait permis de naviguer au cabotage, c'est-à-dire sur les lignes d'Algérie, de Tunisie ou de Corse.

De cette façon les médecins, devenant agents du gouvernement chargés de l'hygiène et de la santé, ne dépendraient en rien des Cies.

Reste à trancher la question des salaires. Pour cela chaque Cie ayant des bateaux faisant le long cours et devant prendre des médecins, aurait à verser dans une caisse spéciale une somme mensuelle de 400 fr. par navire. Les armateurs qui, une fois par hasard, auraient besoin d'un médecin, seraient tenus à verser à la caisse une somme basée sur ce chiffre et proportionnelle à la durée du voyage. Les médecins seraient payés mensuellement par cette caisse à raison de 300 fr. la première année, salaire qui augmenterait de 25 fr. par mois chaque année jusqu'à un maximum de 500 fr. Pendant le séjour à terre la solde serait fixée à 300 fr. par mois.

Au cabotage, on laisserait toute liberté aux Cies pendant un certain temps, sans cependant autoriser l'embarquement d'un nouveau médecin n'ayant jamais navigué et ne s'étant pas présenté au concours. De cette façon il y aurait encore des places, d'abord, pour les anciens, non docteurs, puis pour ceux que le classement aurait éliminé à l'examen. Plus tard on pourrait exiger l'examen, même pour ces lignes.

Tel est, à mon avis, le seul moyen qui permette d'arriver aux conclusions dont parle le rapport annexé au décret du 21 janvier ; or, je sais d'ores et déjà que ce moyen soulèvera de telles réclamations de toutes parts, qu'il est impossible à appliquer, tant que les Cies de navigation auront le droit de considérer les médecins dont elles se servent, comme de simples employés. La possibilité d'un syndicat des médecins qui naviguent est illusoire aussi : combien de nous ont leurs intérêts personnels qui priment les intérêts généraux ! et quelle difficulté pour se réunir une première fois ! Et puis à un refus des syndiqués les Cies pourront répondre qu'elles trouveront sur les bancs de l'école plus de médecins qu'il ne leur en faut et à meilleur compte.

L'Etat seul peut prendre une pareille initiative, après qu'une pétition couverte de signatures lui aura été présentée par une personnalité marquante du monde médical qui voudra bien être notre interprète auprès de lui. Je sais dès maintenant que ce système plairait à beaucoup de mes confrères ; tous ceux avec qui j'ai pu causer sont de mon avis. Mais ils ne sont pas assez nombreux, en comparaison du nombre des médecins qui naviguent, et la pétition ne pourrait aboutir, Et puis, qui voudra bien se charger de nos intérêts ? Et comment prévenir les confrères que nous ne voyons jamais, nos dates de séjour en France ne coïncidant pas ?

Le « Concours médical » est lu par beaucoup d'entre eux : j'ai pensé qu'il pourrait servir d'intermédiaire. Peut-être aussi quelqu'un s'intéressant à notre situation s'offrirait à se mettre à notre tête et à nous guider,

Enfin, Monsieur le Directeur, vous êtes de bon conseil et ne pouvez qu'émettre un avis qui méritera d'être écouté. C'est pour tous ces motifs que je me suis décidé de vous faire ce long exposé. Si vous trouvez, dans ce rapport, quelque idée qui vous paraisse bonne, vous pouvez en user comme il vous paraîtra convenable, etc.

Agréez l'assurance de mes sentiments dévoués.

Un médecin embarqué.

L'impossibilité d'appliquer dès maintenant le nouveau règlement du 4 janvier a enfin frappé le ministre par son évidence que nous avons ici surabondamment démontrée.

Cette considération a motivé l'arrêté ci-dessous daté du 15 mai :

A titre transitoire et par application de l'article 17 du décret portant règlement de police sanitaire maritime, les médecins français, docteurs en médecine ou officiers de santé, pouvant justifier qu'ils ont rempli au cours des cinq années qui ont précédé le décret du 4 janvier 1896, les fonctions de médecin sanitaire à bord des navires pendant une durée d'au moins six mois, consécutifs ou non, sont admis à rembarquer en la même qualité, sous la réserve de se conformer aux prescriptions contenues dans le titre III dudit décret.

Ces médecins ne peuvent porter le titre de *médecin sanitaire maritime*, institué par l'article 15. Ils sont inscrits sur un tableau provisoire d'après la proposition des directeurs de la So-

ciété et l'avis du Comité de direction des services de l'hygiène.

Le certificat qui leur est délivré doit être visé lors de chaque embarquement nouveau par le directeur de santé.

Enregistrons cette solution provisoire avec l'espérance de ne la voir céder un jour la place qu'à une organisation rationnelle du corps des médecins sanitaires maritimes, consacrant pour eux l'indépendance vis-à-vis des compagnies et, de plus, le principe de rétributions et traitements convenables à bord et à terre pendant l'activité, avec la retraite au bout d'un certain temps de service ou en cas d'infirmité.

(N. D. L. R.)

REPORTAGE MÉDICAL

Distinctions honorifiques. — M. le Dr Mauriac, rédacteur en chef du *Journal de médecine de Bordeaux*, vient d'être nommé Chevalier de la Légion d'honneur. Nous adressons nos félicitations à notre distingué confrère de la Gironde.

— Nous adressons nos félicitations à M. le docteur Lédé (de Paris), membre du *Concours médical*, qui vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur par décret en date du 20 juin 1896, ainsi que M. le docteur Philbert, le très méritant secrétaire de l'Association générale.

— M. le Dr Weiss, de Cousances-aux-Forges (Meuse), a reçu une médaille d'honneur en récompense du dévouement dont il a fait preuve, lors de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi en 1895-1896 dans cette localité.

— Nous avons assisté, chez Marguery, le samedi 20 courant, au dîner du *Syndicat de la Seine*, sous la présidence de M. le Dr *Leblond*. Le dîner était excellent et les nombreux convives ont applaudi à l'allocution du président et à celle du vice-président M. le Dr *Bertheaux*, qui a su se concilier tous les suffrages. Ces réunions sont très bonnes et ne sauraient se répéter trop souvent.

— Mardi prochain 30 juin, à 7 heures 1/2, dîner d'inauguration des nouveaux locaux de l'Ecole française d'orthopédie et de massage, dirigée par notre collègue le Dr Archambaud.

— *Syndicat général des Médecins des stations Balnéaires et sanitaires de France.* — Une réunion plénière des adhérents tenue le 23 avril à Paris a constitué ce nouveau groupe médical, par l'adoption des statuts, et l'élection de M. A. Robin, comme Président du Conseil d'administration, de M. Marcellin Cazaux comme Secrétaire général, de M. Maurice Binet comme trésorier. — Le reste du Conseil, soit 4 vice-présidents et huit assesseurs, sera élu à l'assemblée générale du 2 novembre 1896, à Paris, 3, rue de l'Abbaye.

La cotisation est de 6 fr. : les syndicats des régions intéressées peuvent participer, en versant 6 fr. pour chacun de leurs membres, sans rien perdre de leur indépendance.

— *Inconvénient des grandeurs.* — Nos confrères de Reims sont navrés de l'augmentation de population de leur ville qui, d'après le dernier recensement, dépasse 100,000 habitants et atteint le chiffre de 100,243 ; ces 243 concitoyens leur coûtent cher, car toutes les patentes sont augmentées dans les villes qui dépassent le chiffre de 100,000 habitants ; et en particulier la patente des médecins qui était du quinzième de la valeur locative, va être portée au douzième pour les loyers dépassant 2,000 francs. Grâce aux centimes additionnels, la patente représente en réalité non le douzième, mais, comme à Paris, près du cinquième du loyer.

(*La France médicale.*)

— *Etudiants étrangers.* — Le gouvernement chinois a décidé l'envoi en France d'une mission d'étudiants.

Espérons que ceux-là du moins ne chercheront pas à devenir nos concurrents dans la clientèle — S'il en était autrement, c'est que notre beau pays, qui prétend à coloniser les autres, serait à point pour être colonisé lui-même au premier jour.

— *Les sérums Bernheim.* — L'Académie de médecine vient de demander l'interdiction de la vente pour les sérums antipneumonique, antistreptococcique, anticancéreux, et antituberculeux, provenant de la fabrication de M. Samuel Bernheim. Nous apprenons que M. Bernheim demande une contre-enquête, par lettre adressée le 23 juin, au Président de l'Académie.

— *Étudiants en médecine faisant fonctions de médecins auxiliaires.* — D'après l'article 79 de l'instruction générale sur les manœuvres en date du 18 février 1895, un certain nombre de jeunes gens présents sous les drapeaux et étudiants en médecine, sont, pendant la période des manœuvres, détachés des corps dans lesquels ils ont été incorporés pour être mis en subsistance aux bataillons d'infanterie et de chasseurs des 14e et 15e régions, où ils remplissent les fonctions de médecins auxiliaires.

Le Ministre de la guerre a décidé, le 12 mai courant, que les jeunes gens visés ci-dessus seront désormais, non plus mis en subsistance, mais incorporés définitivement dans les corps auxquels ils sont attachés. Il reste entendu qu'il n'est apporté aucune modification à la lettre collective confidentielle n° 3450 du 22 juin 1891 (état-major de l'armée, 1er bureau) relative à l'affectation des étudiants en médecine en cas de mobilisation.

— *L'Ecole de médecine navale de Bordeaux.* — Le ministre a fixé, au lundi 3 août prochain, la date d'ouverture des épreuves écrites pour le concours d'admission à l'Ecole de Bordeaux, dans chacun des ports de Brest, Rochefort et Toulon.

Les examens écrits des médecins auxiliaires de 2e cl., actuellement en cours de stage à l'école d'application de Toulon, commenceront également le lundi 3 août, à 8 heures du matin.

Les jurys du concours, pour l'admission à l'école de Bordeaux, seront ainsi composés :

Président M. le directeur Guès, du port de Rochefort ; membres, deux médecins en chef ou principaux, l'un de Brest, l'autre de Toulon. Des membres suppléants seront désignés dans leurs ports respectifs.

Seront seuls admis à prendre part au concours de l'école de Bordeaux, les élèves ayant accompli au moins une année d'études médicales dans les Ecoles-annexes et les anciens élèves actuellement sous les drapeaux qui sont autorisés par le ministre.

Le programme du concours de 1896 pour l'Ecole de Bordeaux sera celui fixé par l'arrêté du 1er février 1896.

Après la correction, à Paris, des épreuves écrites, le jury se transportera successivement à Brest, Rochefort et Toulon. Les opérations devront être terminées le 15 septembre au plus tard.

Le nombre des élèves à admettre, après concours, à l'école de Bordeaux est fixé à 45 pour la médecine.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4.094.— M. le docteur Baudron, à Josnes (Loir-et-Cher), membre de l'Association des médecins du Loir-et-Cher.

N° 4.095. — M. le docteur Paquet, d'Ouroux (Nièvre), présenté par M. le docteur Gondaubert, de Montsauche (Nièvre).

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 27 4 Juillet 1896

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Séance du Conseil de Direction de la Société civile du Concours médical.

Elle a eu lieu le 25 juin, à 2 heures, sous la présidence du Directeur Dr Cézilly ; présents MM. Gassot et Maurat. Excusé M. le Dr Gibert. M. le Dr Jeanne est invité à assister à la séance.

Le Conseil a délibéré, d'abord, sur une œuvre nouvelle de prévoyance, relative aux *veuves des médecins français*. Il a pris connaissance du travail rédigé sur ce sujet, sur la demande et sur les indications du Conseil, par M. Léon *Marie*, agrégé de l'institut des actuaires, auteur des calculs sur lesquels repose l'Association amicale et d'une étude antérieure sur la Caisse des pensions de retraite des médecins français. Il a demandé et entendu les explications de M. Marie et il a effectué, sur les fonds de la Société, le paiement de la somme de 500 fr. consacrée à cette étude. Il a décidé ensuite les moyens de porter, ultérieurement, la nouvelle organisation proposée par le *Concours médical*, à l'agrément des intéressés.

Les membres du Conseil ont ensuite pris connaissance des mesures décidées dans la précédente séance, au sujet de Mme Vve Maréchal ; de l'invitation adressée par la British médical Association, au directeur du Concours médical ; du prêt d'honneur à un médecin et constate que les solutions convenables ont été apportées à ces diverses affaires.

Un membre du Concours a demandé un secours pour la famille d'un médecin atteint d'aliénation. Le Conseil n'a pu répondre à cette demande, faute d'un fond spécial ; le malade faisant d'ailleurs, partie de l'Association générale.

En ce qui concerne la proposition d'étendre aux enfants élevés dans leur famille, la protection de l'inspection médicale, le Conseil a décidé que M. le Dr *Vidal*, d'Hyères, serait invité à reprendre la proposition du Dr Gassot qui consisterait à ordonner, judiciairement, l'inspection médicale des enfants en bas-âge, que la notoriété publique désignerait comme ne recevant pas les soins nécessaires dans leur famille et qu'en tout cas, l'inspection des enfants dans leur famille ne pourrait être faite que par le médecin de la famille.

La proposition de la création d'une *maison de retraite* médicale est écartée, tant qu'on ne verra pas la possibilité de recueillir les ressources financières considérables qu'elle exige, pour son édification et pour son entretien.

Au sujet d'une question de déontologie, posée par le Dr B..., il est décidé qu'on lui répondra qu'il peut accepter les propositions qui lui seraient faites.

Le Dr G. a proposé, dans le cas de détresse, suite de mort d'un médecin, de créer des ressources par souscription. Il lui sera répondu que sa proposition est identique à celle de la Société des Old Fellows, qui a été agitée et repoussée après discussion dans les colonnes du *Concours*. Que néanmoins, au cas d'une somme disponible, de quelque importance, la question serait reprise de nouveau.

Le Conseil examine les spécimens des diverses publications médicales récentes, qui ne lui paraissent, en aucune façon, mériter son approbation et dont il ne voit ni la portée, ni la légitimité.

M. le Dr Ducroux a été obligé, par le parquet, de fournir sous peine de non paiement, un deuxième exemplaire de ses rapports médico-légaux. Cette exigence ne paraît pas légale au Conseil et il a été écrit en conséquence au correspondant.

Le Conseil décide la marche à suivre pour permettre, à M. le Dr Lagardère (du Gers), de faire justice des étudiants qui les uns après les autres, viennent assister un illégal et d'obtenir gain de cause, en présence du non lieu constaté, à tort, par M. le procureur de la République.

Le Conseil adresse ses remerciements aux membres du Syndicat de Laigle qui, répondant

à l'appel éloquent d'un rédacteur du journal, ont adressé à la Société de protection des victimes du devoir médical, fondée par notre société, un don de *cinquante francs*.

A propos d'une remontrance adressée par une Société médicale, qui paraît absolument fondée, au sujet d'un membre du Concours, le Conseil décide les mesures répressives qu'il se propose de mettre à exécution.

En ce qui concerne une demande de réforme de la décision d'un syndicat, compendieusement documentée, et adressée par un médecin, membre de ce syndicat, du Concours médical, de ses différentes œuvres et de l'Association générale, le Conseil de Direction, fort de l'appui d'une Société médicale, décide que l'affaire du Dr P. sera soumise au bureau de la Commission permanente de l'Union des syndicats, par son président, en sa qualité de président d'honneur de l'Union.

Le Conseil après examen approfondi des propositions du *Syndicat français des recouvrements médicaux*, accepte les *conditions spéciales* consenties par ce syndicat, pour tous les *membres du Concours médical* et il décide que désormais les conditions de ce service seront indiquées au journal de la Société. Il engage les sociétaires à recourir aux bons offices du syndicat, qui présente toutes les garanties désirables.

Association amicale des médecins français.

Réunion du Conseil d'administration du 25 juin 1896.

La séance est ouverte à 5 heures, sous la présidence de M. le docteur Cézilly, président.

Etaient présents : MM. Cézilly, Jeanne, Gassot et Archambaud.

Excusé : M. Maurat.

Le Conseil ratifie pour ordre l'allocation de 613 fr. 35 à Mme veuve Gourjon, de Montélimar ; cette somme lui a été adressée le 20 avril.

Des indemnités sont accordées aux sociétaires suivants :

No 30, 50 fr. — no 74, 90 fr. — no 119, 750 fr. (jusqu'à fin juin). — no 139, 480 fr. — no 150, 700 fr. — no 252, 150 fr. — no 255, 80 fr. — no 272, 40 fr. — no 279, 636 fr. 60 (jusqu'à fin juin).

Total 2,976 fr. 60.

A propos du confrère no 150, le Conseil décide, d'une manière générale, qu' « *en cas de rechute d'une même maladie, dans un délai de moins de six mois, il pourra n'être accordé, au sociétaire, que l'indemnité mensuelle de 100 fr. s'il a déjà, antérieurement, touché l'indemnité de 10 fr. par jour, pendant 60 jours.* » Cette décision sera soumise à la ratification de la prochaine assemblée générale.

A propos des sociétaires nos 130 et 279, le Conseil d'administration décide, sauf ratification par l'Assemblée générale, que « *le séjour à la campagne sera assimilé au séjour dans les stations balnéaires ou hivernales ; c'est-à-dire que chaque cas particulier sera soumis à une décision spéciale du Conseil, qui aura le droit de donner pleine indemnité ou de réduire cette indemnité à cent francs par mois, suivant l'avis du ou des médecins traitants.* »

Les sociétaires nos 53, 126 et 130 étant en retard d'un an, tombent sous le coup de l'article 10 des statuts et seront rayés de la liste des membres, s'ils ne s'acquittent pas de leur cotisation avant le 1er juillet.

FEUILLETON

Les médecins étrangers en France.

On lit dans le numéro du *Petit Parisien*, portant a date de mercredi 10 juin, à l'article *Chambre des Députés*.

— La Chambre vote à mains levées l'ordre du jour présenté par M. Bertrand, qui est ainsi conçu :

« La Chambre, invitant le ministre de l'Instruction publique à déposer un projet de loi sur la situation des étudiants et des médecins étrangers, en France, passe à l'ordre du jour. »

Cela s'appelle un enterrement de première classe des revendications du corps médical Français. Cette besogne accomplie, la Chambre restant dans son rôle macabre, vote (l'enfouisseuse !) les fonds pour les obsèques de M. Jules Simon.

C'est donc bien entendu, de par la volonté de la Chambre des Députés, Dieu les garde !, jusqu'à nouvel ordre, jusqu'au moment où il plaira à nos représentants, qui ne paient pas patente pour exercer leurs hautes et lucratives fonctions, et qui jouissent du droit, moyennant 7 fr. 50 par mois, dit-on, de promener aux quatre coins de la France sur les voies ferrées, résultat inattendu des conventions, leurs imposantes et législatives personnalités, il nous faudra, malheureux médecins de campagne, continuellement pendus à la queue du diable, devant la solidité de laquelle nous nous extasions sans cesse, il nous faudra, dis-je, payer intégralement notre place de chemin de fer pour aller soigner un malade insolvable, verser à l'Etat une contribution pour donner, à Cocotte, le droit d'être attelée au tapecul, frappé aussi de contributions, qui doit nous conduire pour porter des soins gratuits ou mal rétribués au père, le gagne-pain de la famille, à la mère, fournisseuse de soldats, et aux enfants appelés plus tard à servir la Patrie.

Ce rôle de dévouement, d'abnégation, nous l'avons toujours rempli et nous lui resterons toujours fidèles ! Pas un médecin Français n'a refusé et ne refusera son temps ou son argent pour venir en aide à la souffrance et à la misère.

Prêt à tous les sacrifices, si la Patrie a ses armées engagées et ses enfants lacérés de coups, le praticien Français accourra donner ses soins aux victimes des chocs inévitables provoqués par cette chose horrible, la guerre ; il quittera son foyer, abandonnera sa petite famille, laissera au hasard le soin de sa clientèle, pour courir soulager les frères ou les ennemis blessés.

Pendant ce temps, que fera le confrère étranger ? Tranquille comme Baptiste, jouissant de sa prérogative de non belligérant, il étendra sa clientèle au détriment de celles des confrères voisins, partis au feu, se dorlotera, les pieds sur les chenets et fera, peut-être, *in petto*, des vœux pour l'insuccès des armes du pays qui bénévolement le nomme Docteur, l'héberge, le nourrit, le choie comme un déshérité.

Vraiment, nous sommes, nous Français, par trop, comment dirai-je,... par trop bêtes, ça y est ;

Sont admis comme sociétaires, MM. :

Berne (Paul), 31, rue de Saint-Pétersbourg, à Paris.

Evesque (Louis-Aimé), à Lamotte-Chalançon (Drôme).

Bret (Joseph), 28, Montée des Carmélites, Lyon.

Morard (Marie-Louis), à Mâcon.

Augé (Auguste), à Pithiviers (Loiret).

Dupré (Charles-Gaëtan), à Reims (Marne).

Mathieu (Félix), 74, boulevard Sébastopol.

Lop (Paul), Marseille.

Sipp (Albert), Port-sur-Saône (Haute-Saône).

Triviot (André), Lyon.

Scheydt (Ernest), Cette (Hérault).

Robuchon (Léonidas-Alexandre), Port-Joinville en Ile-d'Yeu (Vendée).

M. Gassot, trésorier, donne l'état de la caisse au 30 juin.

L'avoir est de 37.491 fr. 78, savoir :

Espèces à la Caisse nationale d'Epargne	1.000 »
Portefeuille	34.218 70
Espèces à la Société Générale	1.000 »
Espèces en Caisse	1.273 08
Total	37.491 78

Le secrétaire des séances,

Dr Paul ARCHAMBAUD.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les diarrhées épidémiques des villégiatures.

M. le Dr *Laussedat*, de Royat, vient de faire dans le *Journal des Praticiens*, une étude intéressante des diarrhées épidémiques, qui se produisent, chaque année, presqu'infailliblement chez les personnes en villégiature dans les villes d'eaux. En quittant leur maison habituelle de la ville, pour venir faire un séjour dans une station thermale ou dans une ville de bains de mer, bien des personnes modifient brusquement leur genre de vie, leur régime alimentaire et celui de leur boisson. En changeant de climat, même en été, elles se trouvent exposées à un air plus vif, soit sur le bord de la mer, soit dans la montagne. Le lendemain de leur arrivée, leur appétit est excité, elles mangent trop volontiers, de tous les plats qu'on leur présente à table d'hôte.

Si, comme cela a lieu ordinairement dans nos villes d'eaux, le malade, sur le conseil de son médecin, a bien choisi sa résidence pour y faire une cure d'eaux ou d'air, appropriée à son état, s'il n'est pas gravement atteint, l'influence du changement de milieu se manifeste vite par une amélioration qui se confirmera par une cure balnéaire bien dirigée et soigneusement surveillée par un médecin de la localité.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Un nombre considérable de vrais malades vient aux eaux, chaque année ; ces malades, pour des raisons multiples, se bornent à exécuter les conseils donnés par le médecin qu'ils ont vu le lendemain de leur arrivée et sont en paix avec leur conscience, quand ils ont bu leur verre d'eau à l'heure voulue et pris leur bain de la durée prescrite, faisant volontiers bon marché des conseils d'hygiène qu'on ne manque pas de leur donner ; conseils qui leur permettraient d'éviter les dangers que font courir aux délicats soit l'abaissement brusque de la température des pays de montagne, soit la saute du vent au bord de la mer, soit enfin les tables d'hôtel trop copieusement servies.

Avant les admirables travaux de Pasteur,

---

il m'est impossible de trouver un qualificatif mieux approprié.

On nous a tellement corné aux oreilles que la France se doit au soulagement des nations faibles ou martyres, que, dès qu'un petit peuple reçoit une correction, quelquefois bien méritée, aussitôt nous enfourchons le dada de la générosité, du dévouement, de la philanthropie et nous offrons notre cœur, notre bourse à ces pau...ôôôvres victimes qui dans leur for intérieur nous traitent de *gogos* sinon de *gagas*.

A la fin de l'année 1864, la France, après l'écrasement de l'insurrection Polonaise, fut envahie par une horde, j'allais dire harde, d'émigrés en ski, qui se ruèrent sur les Ecoles et Facultés de France, dont les Doyens, aussi paternes que ceux d'aujourd'hui, ouvrirent les portes à deux battants, grisés par les vapeurs de Rastaquouérisme qui, Phénix moderne, renaît sans cesse pour la plus grande joie et satisfaction des fanatiques des coups d'encensoir.

Quelques années après cette avalanche d'émigrés je me trouvai en contact avec deux victimes de l'insurrection polonaise, qui avaient renoncé aux armes guerrières, pour adopter la lancette moins meurtrière. L'un, ancien officier, âgé de trente ans environ, grand, beau, fier, nommé Superbiski ; l'autre, son ordonnance sans doute, petit, court, laid avec un air chafouin : Bétiski est son nom. Des diplômes absents, dont ils ne pouvaient produire les originaux, ni les copies, emportés par la tourmente de la révolution, leur avaient facilité l'admission à l'Ecole de médecine, où, tout en apprenant les éléments de la médecine concurremment avec eux, je prenais part à leur détresse d'expatriés.

Le premier venait aux cours et à l'hôpital, drapé dans un grand manteau, la tête haute, impérieuse, juché sur une haute et magnifique paire de bottes à l'écuyère, brillantes comme le soleil et donnant tous les reflets de l'arc-en-ciel. Le deuxième, très modestement vêtu, assistait aussi à certains cours, mais jamais il ne se trouvait à ceux qu'honorait de sa présence l'ancien officier.

Quand on les interrogeait, ils répondaient par oui ou non. Un séjour déjà assez prolongé en France ne leur avait permis de s'assimiler que ces bien faibles rudiments de notre langue. Le bel officier suppléait à cette ignorance de l'idiome Français par une mimique, qui, quoique Polonaise, n'en était pas moins très éloquente et très persuasive auprès du sexe faible, captivé par ses charmes physiques.

Intrigué par les allures bizarres de ces deux néophytes en médecine, qui paraissaient vivre en commun et se tenir à distance en même temps, je résolus de connaître leurs habitudes et pris à cœur de faire une étude ethnologique de ces deux sujets ; l'ethnologie appartient bien un peu à la médecine. Sous prétexte d'un remplacement dans un service d'hôpital, je me mis à la recherche de mes collègues exotiques. Après bien des marches et contremarches, je finis par découvrir le logis qui cachait aux yeux des mortels ces deux victimes de la Révolution de Pologne. C'était dans un quartier isolé, au fond d'une vieille cour, dont les pavés, humides et verts de mousse, témoignaient de la solitude de l'endroit, une vieille masure dont le rez-de-chaussée était occupé par un marchand de bric-à-brac, rece-

quand une épidémie se développait, les médecins satisfaisaient leur esprit en disant que la *constitution médicale* était à la diarrhée, à la fièvre typhoïde ou à toute autre maladie prépondérante pour la saison. Depuis quelques années, la théorie des infections, la connaissance des toxines alimentaires ont éclairé cette question sous son jour véritable; aussi bien, quand il s'agit de diarrhée, doit-on penser tout d'abord à une indigestion provoquée par une alimentation défectueuse. La première idée qui vient à l'esprit du médecin est que le malade a absorbé de l'eau de mauvaise qualité, insuffisamment filtrée et non dépourvue de matières organiques ou infectée par des microbes et des germes pathogènes. Les infections par l'eau sont cependant assez rares, étant données les précautions que prennent d'ordinaire les municipalités. On doit penser ensuite à la possibilité d'infection du tube digestif par des viandes mal préparées et insuffisamment cuites, et, plus particulièrement, par des poissons avariés. Cette dernière cause d'intoxication a paru être des plus fréquentes, surtout depuis que la conservation des poissons dans la glace est devenue d'un usage courant; on sait, en effet, que le froid non seulement ne détruit pas les ptomaïnes, mais encore n'en empêche pas le développement; il est utile de rappeler à ce propos que M. le professeur Landouzy, dans la leçon d'ouverture de son cours, a souligné l'action si nuisible du poisson, plus spécialement chez les artério-scléreux, dont le rein, toujours insuffisant, n'élimine pas les ptomaïnes qui se développent plus rapidement dans le poisson que dans tout autre aliment. Le médecin pensera enfin à l'influence de l'ingestion de fruits crus, de mauvaise qualité et de boissons glacées préparées avec de la glace impure.

Une dernière cause de diarrhée est l'influence du froid. Mais c'est la diarrhée alimentaire qui est de beaucoup la plus fréquente.

Or, les diarrhées ainsi provoquées donnent lieu à des symptômes assez graves d'entérites qui ont parfois des allures cholériformes.

Ces graves symptômes nécessitent un traitement très attentif et très rapide. Il varie avec les différents cas qui se présentent et mérite d'être étudié avec soin.

Tout d'abord, il sera prophylactique. La forme épidémique coïncidant avec la saison chaude, le médecin devra, surtout à cette époque de l'année, préciser avec soin ses conseils relatifs à l'hygiène alimentaire et à l'hygiène générale, auprès de chacun de ses malades. Ces conseils seront les suivants : ne boire que de l'eau filtrée avec soin, ou bien faire usage d'une eau minérale indifférente, si le malade ne doit pas être soumis à une eau minérale spéciale; s'abstenir de toute boisson glacée; manger en quantité modérée et choisir des viandes légères et très cuites; supprimer absolument de l'alimentation les poissons de mer, s'ils ont été transportés ou conservés dans la glace; supprimer également la salade, souvent mal lavée; pour les personnes étrangères ou peu habituées au climat, se couvrir, un peu plus que d'habitude, la région abdominale et ne pas s'exposer, dans l'immobilité assise prolongée, à l'air plus frais des jardins et des terrasses. Le traitement de la maladie variera avec l'intensité des phénomènes observés; aussi n'y a-t-il pas lieu d'insister. Il conviendra souvent de faire prendre, au début, un léger purgatif pour débarrasser l'intestin, s'il paraît démontré que le malade a absorbé les ptomaïnes de poissons ou de viandes avariés, comme cela arrive le plus souvent. Le repos au lit, la diète absolue le premier jour, puis le régime du lait stérilisé, l'ouate sur le ventre et les opiacés, cal-

---

leur de profession, qui à mon approche ferma brusquement la porte donnant sur le vestibule, redoutant une perquisition, dont il s'alarmait à tort ; ma visite ne le concernant nullement.

Ma physionomie et ma démarche l'ayant rassuré complètement sur mes dispositions, il voulut bien me conduire au fond du vestibule où, me désignant un escalier noir et étroit, une échelle de meunier : « *Montez-là, dit-il, allez jusqu'au bout* du couloir, frappez à la porte du fond ».

Grâce à l'agilité et à la légèreté de corps que me donnaient mes 20 ans, je pus atteindre la porte derrière laquelle se cachait le mystère que je voulais éclaircir, sans avoir tiré une plainte des marches de l'escalier et des lames disjointes du parquet qui ne demandaient qu'à déceler, par leurs gémissements, le passage d'un intrus.

Avant de frapper, j'eus la curiosité (qu'un moins curieux que moi me jette la pierre) de regarder par le trou de la serrure, trou large comme une pièce de cent sous, traversé par une ficelle noire crasseuse qui permettait d'ouvrir du dehors la porte du logement. J'eus bientôt mis à profit cette solution de continuité dans le mur privé de mes deux camarades, pour explorer leur habitation.

Au fond de la pièce, où deux chaises dégarnies de leur paille tenaient compagnie à une vieille table boîteuse recouverte de quelques bouquins, sur un vieux lit de repos en damas, qui de rouge écarlate était passé, sous l'action du temps, par toutes les nuances, pour en prendre une qui appartient plus à l'urologie qu'à la gamme des couleurs, l'ex-officier en chemise et culotte bouffante fumait avec délice une cigarette et son regard voilé et langoureux avait l'air de suivre, dans les tourbillons du nuage de fumée, la silhouette voluptueuse de la dernière victoire de ses charmes exotiques. Pendant ce temps Bétiski, assis sur ses talons, me tournant le dos, frottait, avec une maestria superbe, la paire de bottes destinée à recevoir les bases de sustentation de son magnifique officier. Pour s'assurer de la perfection de son ouvrage, Bétiski souleva à la hauteur des yeux une botte, vrai miroir, où sa figure simiesque, épanouie de contentement, se reflétait et donnait le cachet de satisfait.

La vue de cette image grotesque, renvoyée par cette glace nouveau genre, qui aurait pu lutter comme réflexions avec les meilleurs produits de Saint-Gobain, excita chez moi une telle envie de rire, que je faillis m'étouffer en enfonçant dans ma bouche le mouchoir, que je tenais prudemment dans la main droite, le destinant à obstruer les orifices où émergent les nerfs olfactifs que je voulais mettre à l'abri des effluves pestilentielles que je supposais devoir émaner de l'habitat des anciens défenseurs de la Pologne.

Sans redouter les craquements du parquet et de l'escalier, je m'élançai au dehors, dégringolant de quatre en quatre les échelons.

Au risque de me rompre le cou, aspirant après le moment où je pourrais, dans la rue, donner libre cours au bon rire que l'on a à 20 ans.

Quelque temps après ma découverte je quittais l'Ecole pour aller dans une Faculté et je perdis de vue l'officier et son ordonnance qui exercent la médecine, je n'en serais pas surpris en un point situé dans l'espace compris entre Calais, Draguignan, Bayonne et Quimper,

meront les douleurs intestinales. L'élixir parégorique, le salicylate de bismuth, l'orphol, rendront les meilleurs services.

En faisant pratiquer rigoureusement ces règles très simples d'hygiène, M. Laussedat a eu la satisfaction de constater la diminution des cas de diarrhée de trente à dix pour cent.

CHIRURGIE PRATIQUE

Fractures de la rotule.

Les fractures de la rotule sont l'objet chaque année de mémoires ayant pour but de proposer surtout un mode nouveau de traitement. L'arsenal thérapeutique se trouve donc très riche, peut-être trop. Nous aurons surtout pour but, après avoir montré les divers modes de fractures et passé sur le côté clinique bien connu, d'étudier les divers traitements et leur application suivant les cas très différents qui peuvent se présenter.

La fracture de la rotule, exceptionnelle chez l'enfant, est rare avant vingt ans, et est plus fréquente surtout de 20 à 40 ans ; elle redevient plus fréquente chez le vieillard. L'homme y est plus exposé. Sur 100 fractures en général, celle de la rotule entre pour 2.

Les causes prédisposantes sont douteuses ; ce qui est certain, c'est qu'une fracture de la rotule prédispose soit à une fracture itérative, c'est-à-dire du même côté, soit à la fracture de celle du côté opposé.

Le mécanisme a lieu ou par cause directe ou par cause indirecte, ou à la fois par ces deux modes, par cause mixte.

Les causes directes sont surtout fréquentes dans la jeunesse et la veillesse : ce sont les chutes directes sur le genou, ou des chocs directement portés sur la rotule. Dans la chute sur le genou, la rotule peut porter directement sur un corps quelconque et se fracture. Mais quand on tombe sur le sol, Malgaigne prétend qu'on ne peut jamais se fracturer la rotule par cause directe, la rotule ne touchant pas. D'après Chaput, cependant, la fracture est possible. Quoi qu'il en soit, pour que la rotule se fracture par cause directe il faut qu'elle soit *immobilisée* et *incapable de fuir devant le choc.* Il faut, en outre, qu'elle soit *accessible* au choc. Aussi ne se produit-elle jamais dans la flexion extrême, parce que dans cette position elle est cachée dans le creux du genou ; rarement dans l'extension, parce qu'elle glisse et ne résiste pas au choc, sauf quand le triceps est contracté. Elle se produit, au contraire, dans la flexion à angle droit, étant alors très accessible et immobile.

Les causes indirectes peuvent agir sur la rotule, la jambe étant dans l'extension ou dans la flexion. Dans l'extension la fracture est extrêmement rare. Mais on cite cependant quelques cas typiques : Tel est le malade de Desault qui s'est fracturé la rotule dans une crise de convulsions ; tels les danseurs qui se fracturent la rotule en se soulevant, tel le cas de Bichat donnant un coup de pied à son sergent. La fracture se fait par arrachement.

Dans la flexion, la rotule peut se fracturer dans la position forcée, comme chez les gens qui, assis sur leurs talons, se soulèvent, mais bien plus souvent la flexion est incomplète. Le mécanisme en a été très bien expliqué par Sanson. Dans cette position de flexion la rotule est retenue par le ligament rotulien d'une part et tiraillée par le triceps d'autre part. De plus, elle est placée par sa face profonde sur une surface convexe. Elle se brise donc comme on casse un bâton sur le genou. Mais tous ces mécanismes de frac-

---

Le soir de ma découverte mirifico-comique, la somme de travail demandée par les études fournie, je courus au concert où une chanteuse grassouillette, drapée dans un drapeau tricolore, hurlait à tue-tête.

Je suis la Pologne meurtrie
Quand on me croit ensevelie
et patati-patata.

Aux accents patriotiques de la chanson, renforcés par les cuivres et la grosse caisse de l'orchestre, l'assistance surchauffée et en délire clamait : « Vive la Pologne. » Vive la Pologne, cri, que sous la toge et la toque, un avocat, devenu depuis homme d'Etat célèbre, lança à la face du char de toutes les Russies en 1867 et qui en nous aliénant les sympathies de ce grand monarque, notre hôte, nous laissa, en 1870, seuls aux prises avec un ennemi cent fois mieux préparé que nous à la guerre.

De la Pologne et de ses martyrs on n'en parle plus. Elle a été sans doute tellement meurtrie qu'elle est anéantie et les étudiants en Ski ont cédé leur place à leurs vainqueurs en off, itch, ick, dans le gogotisme Français (pardon du néologisme, mais notre langue Française reçoit de tels assauts de la part des étrangers, qu'elle tombe dans le marasme et demande une transfusion de sérums de mots, pour acquérir une nouvelle vigueur).

J'ose espérer que ces derniers venus sont plus fortunés que les victimes de leurs pères et qu'ils ne nous donneraient pas le spectacle que je décrivais plus haut.

Mais pourquoi désertent-ils l'Ukraine, qui, si elle a des charmes pour certains, en laisse froids un grand nombre, qui aiment mieux demander à la France le pain quotidien, d'un goût préférable à celui de la chandelle, dont on ne peut nier cependant les pouvoirs éclairants et nutritifs justement appréciés par leurs congénères, de race inférieure sans doute.

Personne ne peut faire non plus un crime à ces docteurs de race moscovite de renoncer aux douceurs de leur lingerie nationale et de donner leurs préférences, dans un mouvement de désintéressement sublime, aux chaussettes Françaises qu'ils substituent à leurs chaussettes nationales : ce que l'on peut leur reprocher, c'est d'introduire dans nos mœurs médicales des moyens de réclame, admis sur la rive du Volga ou du Don, mais réprouvés sur le sol qu'arrosent les cours d'eau Français.

Quitter Paris, un diplôme de Docteur dans sa poche, venir s'installer dans une commune, couvrir les murs des villages voisins d'affiches où l'on offre ses services comme un marchand de cacao, de chocolat ou d'orviétan.

Un Docteur Français ne s'abaissera jamais à ce moyen, et il fallait qu'un slave, dont le nom se prononce en éternuant, vînt l'employer dans la commune d'Y....., département de l'O.

Si c'est à ce résultat que nous a conduit l'alliance Franco-Russe ; eh bien non ! ce n'est pas brillant.

Je préfère de beaucoup les martyrs polonais moins charlatans, et dût-on me bafouer, je crie à mon tour à ces slaves prétendus confrères, en empruntant leur jargon : « Vive la Pologne, Mossié. »

Un membre du Concours médical.

tures indirectes, qui se réalisent très bien chez le vivant, ne peuvent jamais amener une fracture dans les expériences cadavériques. On a donc invoqué une cause prédisposante : Malgaigne a signalé la fréquence de la fracture, par cause indirecte, chez les gens qui ont des douleurs de la rotule, chez ceux qui ont subi des traumatismes du genou ; Trélat et Chaput ont prouvé l'influence des causes prédisposantes, en démontrant que seule la fragilité de cet os chez certains sujets pouvait expliquer la bilatéralité fréquente des fractures de la rotule et la fracture itérative.

Les fractures par cause mixte sont les plus fréquentes ; elles résultent de la combinaison d'un choc direct et d'une contraction plus ou moins violente du triceps fémoral.

Le trait de fracture est vertical, ou transversal, ou dirigé en divers sens et multiple.

Le trait est ordinairement transversal dans les fractures indirectes. Il est souvent accompagné de deux petits traits verticaux si bien que la fracture qui paraît être à deux fragments en a en réalité 3 : deux gros et un ou d'autres plus petits.

Ce trait de fracture passe habituellement au-dessous de la partie moyenne, quelquefois presqu'à l'insertion du ligament rotulien. Il se dirige de haut en bas et d'avant en arrière. Les fragments, dans ce cas, peuvent ne présenter aucun écartement ; s'il y a écartement, cela tient à la déchirure des moyens fibreux qui protègent la rotule. Aussi se produit-il souvent, non pas au moment de la fracture, mais après, quand le malade essaie de marcher.

Cet écartement se produit non seulement en hauteur, mais les 2 fragments basculent, surtout le fragment inférieur, de sorte que sa face cartilagineuse regarde le trait de fracture du fragment supérieur, sa surface fracturée étant dirigée en avant. On a un angle rentrant en arrière, dit M. Chaput.

Nous venons de voir l'écartement primitif. Mais dans les quelques heures ou dans les quelques jours qui suivent la fracture, il se produit un épanchement sanguin ou séreux qui écarte les 2 fragments. C'est ce que l'on appelle l'écartement *intermédiaire* qui peut être dû aussi à la contraction musculaire.

Quoi qu'il en soit, cet écartement qui joue un rôle si considérable dans l'avenir de la fracture de la rotule, est surtout lié à l'état d'intégrité du surtout fibreux péri-rotulien. M. Chaput dit à ce sujet :

« Les écartements de 2 centimètres et au-dessous ne s'accompagnent pas de déchirure étendue des tissus fibreux situés au-devant de la rotule ou de ceux situés latéralement (expansions latérales du triceps).

« Quand l'écartement dépasse 2 centimètres, on constate des déchirures latérales et, de plus, l'*interposition de lambeaux* entre les surfaces fracturées.

« Les fragments présentent constamment un écartement anguleux à sommet articulaire.

« Des écartements considérables de 6, 8, 10 centimètres, ne peuvent être obtenus sur le cadavre. Ils ne sont donc jamais primitifs. Ils sont, par conséquent, le résultat de la rétraction lente et persistante du droit antérieur de la cuisse. »

Le trait de fracture peut être vertical, unique ou multiple. Dans ce cas il n'existe pas, d'habitude, d'écartement. Sauf peut-être, comme le dit Malgaigne, à la partie supérieure par suite de l'action des 2 vastes interne et externe.

Enfin la rotule peut être réduite en plusieurs morceaux, forme qui, comme la précédente, est toujours une fracture par cause directe. C'est la fracture comminutive.

Les signes de la fracture de la rotule sont absolument classiques. Le plus souvent c'est à la suite d'un effort brusque, qui porte le haut du corps en arrière, que se produit la fracture transversale : Le malade perçoit une douleur aiguë, un craquement sec, qui est suivi aussitôt d'une chute sur le sol, chute ordinairement en avant, quelquefois cependant, en arrière, la jambe fléchie sous le corps. Plus rarement le sujet a pu rester debout et même marcher.

La chute ayant eu lieu, le malade fait malheureusement des efforts, d'ailleurs impuissants, pour se relever ; il déchire ainsi le surtout fibreux du genou, et produit un écartement secondaire des fragments, essentiellement préjudiciable à l'avenir de la fracture.

A l'examen, on trouve, ou le membre fléchi : c'est la fracture par action musculaire, ou le membre allongé : c'est la fracture par traction. Ordinairement on note une légère flexion. Le genou est globuleux, arrondi. On peut noter une ecchymose, ou une plaie, qui est superficielle ou communique avec le foyer de la fracture :

Au niveau du trait de fracture, on peut voir, au début, une rainure transversale due à la dépression des téguments à ce niveau par la pression atmosphérique ; cette rainure, le doigt la sent, et on peut l'exagérer par la flexion.

La mobilité des fragments est facile à constater ; on obtient ainsi une crépitation qui n'a jamais fait défaut à Malgaigne.

Les troubles fonctionnels sont caractérisés par l'impotence fonctionnelle, le malade ne peut ni marcher, ni même se tenir debout. Le malade couché, son talon ne peut quitter le plan du lit. Si la jambe est fléchie, il ne peut pas la mettre en extension. Les douleurs sont ordinairement modérées ; elles tiennent plutôt à l'arthrite du genou concomitante.

Dans les fractures longitudinales, la contusion siège directement au devant de la rotule. Le trait de fracture est vertical, et la crépitation est encore plus facile à réaliser, puisque l'écartement est nul ou à peu près.

Le diagnostic est le plus souvent facile ; il n'offre une réelle difficulté que dans deux cas : d'une part, quand l'écartement est nul ou la fracture incomplète, d'autre part, quand l'épanchement et le gonflement sont considérables.

On songera toujours à l'*hématome de la bourse prérotulienne* ; il faut, avec soin, localiser la rotule au-dessous, et rechercher la solution de continuité vers les bords de cet os. Le malade peut lever la jambe, ce qu'il ne peut faire s'il y a fracture.

Il est facile de distinguer la fracture de la rotule de la *rupture du ligament rotulien*, d'ailleurs rare, et de la *rupture du tendon du triceps*, par le siège de la douleur, et l'absence de crépitation.

Les tissus fibreux ou antérotuliens peuvent être sectionnés et simuler la rainure souvent constatée dans la fracture ; mais il n'y a pas de

crépitation osseuse, ni de mobilité anormale de la rotule.

Nous ne faisons que signaler la *contusion du genou*. Mais, en faisant remarquer que l'on peut laisser passer, par un examen incomplet, une fracture sans déplacement ; le malade marche et la fracture s'achève.

Le pronostic est toujours très sérieux, car en dehors des complications que nous allons étudier, il y a toujours la question du cal. Comment se fait le cal dans les fractures de la rotule ?

Une fracture de la rotule, abandonnée à elle-même, ne présente presque jamais de cal osseux. Le Fort n'en a trouvé que 3 cas dans les musées. Pourquoi ce cal fibreux ?

Pour les uns, parce que c'est une fracture articulaire. Pour les autres, parce que la rotule a une faible faculté de reproduction, ou bien, parce qu'il y a interposition entre les fragments du ligament adipeux, ou du fascia superficialis, ou d'un caillot. Toutes ces raisons semblent, dans des proportions variables, contenir une part de vérité.

Quoi qu'il en soit, on note donc presque toujours un cal fibreux. Sa longueur varie de 2 à 12 centimètres en moyenne ; quand il est trop long, il aggrave beaucoup le pronostic de la fracture, pour deux raisons. Malgré la correction du triceps qui se raccourcit, et bien que le malade étudie le moyen de parer à cet allongement (Lucas-Championnière) les mouvements sont toujours très difficiles. D'un autre côté, un cal trop long prédispose à une fracture du côté opposé, par suite de la répartition inégale de l'effort dans les deux membres.

Le cal osseux s'obtient à la suite de la suture, mais non fatalement. Pour Chaput, il vaut mieux, en certaines circonstances, qu'il ne se produise pas, car trop long, il gêne la flexion, et le triceps ne corrige plus la différence de longueur.

Le pronostic est encore lié aux complications dont il faudra faire un diagnostic précis. Nous ne faisons que les énumérer ; ce sont : l'allongement, la raideur articulaire, l'ankylose, l'eschare secondaire due au traumatisme, la fracture du fémur, l'ouverture de l'articulation à l'extérieur, enfin l'arthrite aiguë, l'hémarthrose et enfin l'hydarthrose, si fréquente, pour ne pas dire constante.

Comme complication éloignée, la fracture du cal ; c'est la fracture itérative, qui se produit ordinairement dans les trois premiers mois, qui suivent la suppression de l'appareil. La gravité de cette complication tient à la difficulté de consolidation que présente le cal rompu.

Nous avons dit que les moyens de traitement étaient très nombreux. La multiplicité des procédés tient, en grande partie, aux variétés de fractures que nous avons vues. Mais, il faut l'avouer, cette richesse apparente marque une pauvreté réelle et on peut dire qu'une méthode parfaite est encore à trouver.

Tout le traitement est dominé par une double idée : les uns veulent obtenir un cal osseux, les autres cherchent un cal fibreux.

Dans la pratique, il est extrêmement important de se souvenir qu'on peut être nuisible en relevant, déshabillant et examinant le blessé, et augmenter les désordres des tissus fibreux, ou compléter une fracture incomplète. Il faudra, dans toutes ces opérations, avoir soin de tenir la jambe en extension.

Quelles sont les indications à remplir ? D'une façon générale, il faut : 1° obtenir la consolidation ; 2° éviter l'impotence du membre ; 3° éviter la rechute. D'une manière plus spéciale il faut, d'une part, éteindre la réaction, c'est-à-dire les phénomènes d'épanchement ou d'arthrite ; d'autre part, placer les fragments dans la meilleure position possible pour obtenir la consolidation.

Pour réaliser la résorption de l'épanchement, le massage et la position élevée du membre, mis au repos, suffiront. S'il y a de l'arthrite, il est préférable d'immobiliser la jointure, jusqu'à ce que tout phénomène inflammatoire ait disparu, c'est-à-dire pendant quelques jours. Camper et Tilanus combinent les deux moyens : ils préconisent l'immobilisation simple en bonne position, avec compression ouatée par un bandage, et une ou deux séances de massage par jour.

Si l'épanchement persiste, la sécurité que donne une asepsie rigoureuse autorise absolument la ponction articulaire, si le liquide est séreux ; s'il existe de l'hémarthrose, il sera quelquefois nécessaire d'ouvrir l'articulation et de la laver, pour enlever les caillots, avec une solution antiseptique légère.

Pour obtenir le rapprochement des fragments, il est indispensable de relâcher le triceps en mettant le membre dans une position élevée, reposant sur un plan incliné (une chaise renversée suffit) ou suspendu dans un hamac. C'est la première indication à remplir. Pour agir directement sur les fragments, une foule de moyens ont été préconisés. Nous ne pouvons que les énumérer, aimant mieux résumer ensuite la ligne de conduite à suivre dans les différents cas qui peuvent se présenter.

On a proposé des appareils circulaires, à peu près abandonnés aujourd'hui, puis des appareils à pressions parallèles, auxquels M. Bouilly leur reproche de favoriser le renversement en avant des fragments.

Tels sont l'appareil de Trélat en gutta-percha, celui de Verneuil avec de petites attelles plâtrées. Enfin, des appareils à pression concentrique, essentiellement composés d'une gouttière postérieure et de lacs qui passent les uns au-dessus de la rotule, les autres au-dessous.

Tous ces appareils ont l'inconvénient de se desserrer, de glisser, et cela avant qu'une consolidation se soit produite. On a songé alors à agir sur les fragments osseux ; de là, la griffe de Malgaigne, modifiée par Duplay. Cette méthode est utile dans les fractures à grand écartement ; elle nécessite une antisepsie soignée au niveau du point de pénétration de la griffe dans les téguments et le périoste, l'anesthésie au moment de l'opération, et une durée d'application de trente jours au moins. Il est indispensable qu'au moment de l'application de la griffe l'épanchement soit résorbé et qu'il n'y ait pas de phénomènes inflammatoires articulaires. Quand on retire la griffe, on peut supprimer la position élevée du membre, mais il faut laisser pendant environ une semaine la gouttière plâtrée.

Restent enfin les moyens chirurgicaux, c'est-à-dire *la suture*. Verneuil voulait la réserver pour le traitement des fractures compliquées de plaie et les fractures itératives. Quoi qu'il en soit,

elle n'est légitimée que par une asepsie absolue. Divers procédés ont été conseillés : La suture des tendons ou méthode de Volkmann, la suture des fragments ou méthode de Lister, la suture intermédiaire de Van der Meulen, procédé dans lequel on attend la formation d'un cal fibreux pour rapprocher ensuite les fragments par la suture.

Parmi tous ces procédés chirurgicaux, c'est à la suture osseuse par la méthode de Lister que nous donnons la préférence : c'est la plus employée aujourd'hui. C'est la suture avec des fils métalliques. Elle est incontestée pour les fractures itératives. Elle présente les avantages suivants pour les fractures récentes : elle permet de nettoyer l'articulation, d'enlever les caillots, qui produisent l'écartement intermédiaire et de bien affronter les fragments. On obtient, avec ce procédé, un cal relativement court. Nous ne pouvons insister sur les détails opératoires.

Quand faut-il mobiliser la jointure ? Les uns ont mobilisé au bout de 8 jours, en pratiquant un massage progressif ; Gosselin du 30e au 40e jour ; Dupuytren attendait 3 mois. Il est mieux d'attendre en moyenne 5 ou 6 semaines, suivant les cas et l'âge du sujet. L'appareil enlevé, le malade doit rester au lit environ encore 4 semaines, la jambe protégée, surtout pendant la nuit, par un bandage et une attelle, ou une gouttière postérieure. Deux séances de massage combiné avec de légers mouvements, seront faites chaque jour. Puis le malade sera autorisé à marcher avec des béquilles progressivement, enfin avec une canne. Le triceps, toujours atrophié, sera traité par le massage, la gymnastique locale et au besoin par l'électricité.

Si la fracture est ouverte, on devra se comporter comme dans tous les traumatismes de ce genre, c'est-à-dire avec une antisepsie rigoureuse. La suture, sauf impossibilité absolue, s'impose dans ce cas.

M. Chaput, dans un récent travail, a résumé dans un tableau concis les indications suivant les cas cliniques. Nous terminerons par ce résumé :

Traitement des fractures récentes.

« Pour les fractures transversales, avec écartement et compliquées de plaies : suture osseuse.

Chez tous les vieillards, pour toutes les fractures comminutives ou transversales, sans écartement et avec mobilité faible : compression, massage, mouvements (traitement de Tilanus).

Pour les autres cas (fracture transversale avec écartement sans plaie) griffe modifiée par Duplay.

Traitement des fractures anciennes.

Raideurs de la 1re année : bains sulfureux, douches, massage, électrisation.

Si l'extension est impuissante : suture osseuse.

Si la flexion est imparfaite à cause du mode de consolidation : faire l'ablation totale de la rotule.

A moins de raisons pressantes, ne pas intervenir chirurgicalement, sans avoir attendu qu'une année se soit écoulée depuis la fracture. »

A. Pascal.
Int. des Hôp. de Paris.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

I. *Usurpation du titre de docteur par un officier de santé.*

La Cour de Paris vient de confirmer le 15 avril 1896 un jugement du tribunal de Châteaudun et d'acquitter un officier de santé poursuivi, en police correctionnelle, pour avoir usurpé le titre de docteur en médecine, dont il reconnaît n'avoir pas le diplôme.

D'après cet arrêt, l'usurpation de titre n'est plus, dans la législation actuelle, qu'une circonstance aggravante de l'exercice illégal : et l'officier de santé, ayant le droit d'exercer, ne commet pas de délit en se parant du titre de docteur.

Après ce jugement, l'idée pourrait venir à un grand nombre d'officiers de santé de s'emparer du titre de docteur, sans passer par la Faculté. Mais ils ne doivent pas oublier que les docteurs qui exerceraient près d'eux, garderaient la ressource de les poursuivre devant les tribunaux civils pour *concurrence déloyale* et d'en obtenir, à coup sûr, des dommages-intérêts, ainsi que l'interdiction de prendre le titre, dont ils n'ont pas le diplôme.

II. *Certificat délivré sans constatation réelle.*

Le 8 août 1893, le tribunal correctionnel de la Seine condamnait un pharmacien de Paris à 25 fr. d'amende et 100 fr. de dommages-intérêts, pour blessures volontaires à une femme, sur production d'un certificat médical, où des douleurs, accusées par cette femme, étaient rattachées, sans aucune constatation probante, à une fêlure des côtes, diagnostiquée par exclusion.

Mais la Chambre des appels correctionnels ayant condamné, le 7 février dernier, la femme en question pour faux témoignage, le pharmacien reconnu innocent, assigna en dommages-intérêts le confrère qui avait délivré le certificat.

Celui-ci vient de s'entendre condamner par la 5e chambre du tribunal civil à payer au demandeur 500 fr. de dommages-intérêts. Le motif principal de l'arrêt est ainsi formulé :

« Si, au point de vue du traitement à prescrire, le médecin est libre d'ajouter foi aux affirmations du client qui le consulte, il ne saurait lui être permis d'attester comme un fait acquis et résultant de sa constatation personnelle, l'existence d'une lésion qu'il n'a pu vérifier par lui-même ; qu'à plus forte raison, il agit avec la plus grande imprudence en certifiant sur la seule déclaration du client la cause de la prétendue lésion et même les circonstances dans lesquelles elle se serait produite.... »

III. *Responsabilité civile du médecin qui pratique une opération sans le consentement du malade.*

La conférence des avocats à la Cour d'appel de Paris avait déjà admis, il y a quelques années, le principe de la responsabilité civile du médecin qui pratique une opération sans le consentement du malade.

Dans sa réunion du 28 avril dernier elle, a de nouveau, discuté la même question.

Quoiqu'il y ait beaucoup à dire, au nom de l'humanité, contre une théorie qui désarme souvent le médecin dans sa lutte contre la mort, la conférence a maintenu ses conclusions antérieures.

L'article 1382 du code civil dit :

« Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un *dommage*, oblige celui par la *faute* duquel il est arrivé à le réparer. »

La question de *dommage* étant supposée établie, l'interprétation de la conférence place le deuxième élément du principe de la responsabilité, l'élément *faute*, dans le consentement non obtenu du malade.

Nous nous permettrons de faire remarquer que le chirurgien timoré se trouvera, peut-être, singulièrement et regrettablement paralysé, au cours d'une intervention à étendre dans l'intérêt du malade, si le spectre de la responsabilité civile se dresse, ainsi à l'improviste, devant lui, alors que le patient est sous le chloroforme, ou mieux encore dans le coma.

IV. *L'intermédiaire qui appelle un médecin près d'un malade est-il tenu au paiement des honoraires ? — Le client qui ne paye pas comptant les visites de son médecin est présumé s'en rapporter aux notes de celui-ci pour constater le nombre des visites faites.*

Nous reproduisons le jugement rendu le 25 novembre 1895 par le tribunal de paix du 1er arrondissement de Reims, dans une affaire qui soulève ces deux questions controversées, et où notre confrère a obtenu pleine satisfaction.

Attendu que par son exploit de citation, le docteur C..., demeurant à Reims, réclame au sieur D... une somme de 70 fr. qu'il prétend lui être due pour soins donnés à la fille du défendeur, au cours des années 1891-1892 ;

Attendu que D... plaide que si sa fille a eu besoin du médecin, ce fait ne saurait lui être personnel, puisque celle-ci était majeure et que, domiciliée à Paris, elle n'était revenue que provisoirement à Reims, pour se faire soigner plus facilement au sein de sa famille ;

Attendu qu'il appert à suffire, des débats de la cause, que les soins dont il s'agit n'auraient été donnés par le requérant, que sur la demande et grâce à l'intervention de la dame D..., mère ayant, à plusieurs reprises et au début même de la cure, accompagné sa fille à la consultation du docteur ;

Attendu que, dans ces conditions, celui-ci est assez fondé à soutenir qu'il entendait, le cas échéant, considérer le cité comme son débiteur direct ;

Attendu, en droit, qu'il est parfaitement admis par la jurisprudence de la Cour de cassation (arrêt du 4 décembre 1872) que l'intermédiaire qui a pris l'initiative de l'appel d'un médecin auprès d'un malade, peut, suivant les circonstances, être considéré comme s'étant obligé, soit personnellement, d'une façon exclusive, soit solidairement, au paiement des honoraires qui devront être ultérieurement réclamés ;

Attendu, spécialement, que dans l'hypothèse qui nous est soumise, il apparaît d'une manière indiscutable que les époux D... doivent bien et dûment être tenus pour garants de la rémunération litigieuse ; qu'ils ne sauraient, en effet, être assimilés à des tiers qui, mus par un sentiment d'humanité, se borneraient à conduire une personne étrangère chez le médecin ou simplement à prévenir celui-ci ;

Attendu, d'ailleurs, que la demoiselle D..., vivant à Paris dans les conditions particulières révélées aux débats, se trouvait dans un état d'insolvabilité tel que le docteur C..., ainsi qu'il l'affirme à la barre, ne pouvait suivre sa foi ; qu'il résulte des éléments du procès que la prédite insolvabilité subsiste et que, dès lors, toute discussion à cet égard ne saurait diminuer en aucune façon le degré de responsabilité du défendeur ;

Attendu, d'autre part, que la défense cherche vainement à contester le nombre des consultations objectives des présentes poursuites ; car, d'après les données de la jurisprudence, en cela conforme à l'équité, la nature particulière de l'exercice de l'art médical dispense les médecins, soit de l'apport d'une preuve écrite, soit d'une justification, par témoin, de la quotité de leurs visites, du moment qu'ils sont en situation, comme dans l'espèce, de produire des documents de comptabilité d'un caractère probant ; que si leurs livres ne peuvent, au même titre que ceux des commerçants, faire foi en justice, les tribunaux sont néanmoins autorisés à y puiser des présomptions suffisantes pour fixer leur conviction ;

Attendu que le Tribunal civil de la Seine a eu plusieurs fois occasion de faire application de cette doctrine, et notamment dans un jugement du 8 décembre 1884, en décidant que le client, qui ne paye pas comptant les visites de son médecin, est présumé s'en être rapporté aux notes de celui-ci, pour constater le nombre des visites faites ; que, par suite, si le client conteste ce nombre, c'est à lui qu'incombe la charge de la preuve ;

Attendu que les conclusions du requérant sont donc, à tous points de vue, justes et légitimes ;

Attendu que dans une instance, la partie qui succombe est passible des frais ;

Par ces motifs.

Statuant par jugement contradictoire en dernier ressort :

Condamnons le sieur D... à payer au docteur C.... pour les causes sus-énoncées, la somme de 70 fr., avec intérêt légal du jour de la demande.

Le condamnons, en outre, en tous les dépens.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Assistance médicale gratuite dans le Loiret en 1895.

On sait que le système adopté dans le département du Loiret est celui des circonscriptions, avec rémunération à la visite : il est intéressant de savoir quels résultats a donnés la première année de fonctionnement.

Sur les 349 communes que compte le Loiret, 5 ont été autorisées, au moins provisoirement, à conserver un service municipal spécial, 2 qui ne s'étaient pas conformées au règlement ont payé elles-mêmes leurs dépenses, 3 enfin n'ont pas dressé de liste, prétendant n'avoir personne à inscrire.

339 communes ont participé au service départemental, représentant une population de 283,056 habitants.

Le nombre des assistés inscrits a été de 19.140, soit 6.76 % de la population ; quelques abus en trop ou en moins ont été signalés, mais dans la masse ils peuvent passer inaperçus et ne se renouvelleront vraisemblablement, pas dans l'avenir.

Le nombre des malades a été de 5.548, soit 28,98 % des inscrits — proportion qui paraît à peu près normale, si on la compare à celle que donnait le service fonctionnant antérieurement.

Ces 5.548 malades ont reçu 15.413 visites de jour, 125 visites de nuit et 7.394 consultations; ils ont occasionné des frais chirurgicaux montant à 1.482 francs et 20.430 ordonnances pharmaceutiques.

Les accouchements pratiqués par les médecins ont été au nombre de 16, ceux pratiqués par les sages-femmes au nombre de 262.

Ces chiffres donnent une idée suffisante de l'activité du service.

Les consultations, donnant droit à une indemnité de un franc, les dépenses de ce chef se sont élevées à 7.394 fr.

Les visites dans la localité habitée par le médecin, donnant droit à pareille indemnité de un franc, ayant été au nombre de 6.276, ont occasionné une dépense de 6.276 fr.

Les visites, avec déplacement, sont augmentées d'une indemnité kilométrique de vingt-cinq centimes, de commune à commune et à l'aller seulement. Elles ont été au nombre de 9.137 et ont occasionné une dépense de 21.858 fr. 75, soit 2 fr. 392 en moyenne.

Les visites de nuit, ayant une rémunération double, ont occasionné une dépense de 409 fr. 50, soit une moyenne de 3 fr. 276. Le plus grand nombre se fait dans la localité habitée par le médecin.

Les 16 accouchements représentent une dépense de 141 fr., soit une moyenne de 8 fr. 80. Il faut dire que dans ce chiffre ne figure aucun cas de dystocie et que ces accouchements n'ont été pratiqués qu'en l'absence des sages-femmes, aux prix d'ailleurs alloués à ces dernières.

La rémunération des médecins s'est donc élevée à la somme de 37.561 fr. 25, soit une moyenne de 6 fr. 770 par malade et de 1 fr. 692 par inscrit.

La rémunération des sages-femmes a été de 2.114 fr. 50, moyenne 8.07 par accouchement.

Le service de la pharmacie a occasionné une dépense de 29.759 fr. 95, soit une moyenne de 1 fr. 452 par ordonnance, de 5 fr. 350 par malade et de 1 fr. 554 par inscrit.

L'assistance à domicile a donc coûté 69.435 fr. 70 soit 12 fr. 515 par malade et 3 fr. 622 par inscrit.

Les hospitalisations et transports des malades ont occasionné une dépense de 12,477 fr. 76, soit une moyenne de 36 fr. 167 par malade.

Les assistés ayant les communes comme domicile de secours ont donc occasionné une dépense totale de 81.913 fr. 40, soit 4 fr. 285 par inscrits et 14 fr. 764 par malade.

Si l'on ajoute les frais occasionnés par les assistés ayant le département du Loiret comme domicile de secours (165 fr. 30) par les assistés ayant l'Etat comme domicile de secours (72 fr. 55); enfin les frais généraux d'administration 4.836 fr. 11, on arrive à un total général de 86.987 fr. 36.

L'expérience a montré la nécessité de quelques modifications de détails dans le fonctionnement du service. Elles seront demandées au Conseil général dès sa prochaine session.

Il serait fort intéressant de comparer les résultats donnés, dans les divers départements, par les différentes organisations : ces résultats vont être connus au moment de la session des Conseils généraux ; — nous serions infiniment reconnaissants à ceux de nos confrères qui voudraient bien nous les communiquer.

Dr A. GASSOT.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles (1).

23 *avril* 1896.

Présents : MM. Pineau, président, Bouzon, Bourgeois, Calbet, Christen, Darin, Debord, Ferey, de Fourmestraux, Giberton-Dubreuil, Gille, de Grissac, Groussin, Jeanne, Héliot, Lecuyer, Le Menant des Chesnais, Licke, Midrin, Pluyaud, Raffegeau, Renous, Ribard, Rochefort, Surre.

Excusés : Balp, Lauth, Martin, Pannetier, Pecker.

Sont admis comme membres nouveaux : MM. les Drs Aschinasis, *de Carrières-Saint-Denis* ; Vauthier, *de Jouy-en-Josas* ; Rousseau, *de Conflans-Sainte-Honorine* ; Mignon, *des Mureaux* ; Guillermet, *de Chatou.*

Recouvrements.

Le président prévient l'Assemblée qu'il a convoqué un des inspecteurs du Syndicat français pour expliquer le fonctionnement de cette caisse de recouvrements.

Les explications données nous montrent une organisation vraiment bien comprise, de manière à ménager les susceptibilités des clients, tout en servant au mieux possible les intérêts des médecins.

Compagnies d'assurances accidents.

Le secrétaire qui avait été chargé de faire connaître aux Présidents des quatre Syndicats — Corbeil, Pontoise, Etampes, Rambouillet — la décision prise par le Syndicat et de leur demander d'y adhérer rend compte de ses démarches. La demande a été faite également aux médecins non syndiqués de l'arrondissement, ou habitant des communes limitrophes.

Les Syndicats de Corbeil, d'Etampes et de Pontoise ont répondu.

Le Dr Raoul de Succy, président du Syndicat de Corbeil, écrit à la date du 19 mars :

« La question des rapports des médecins et des Com-
« pagnies d'assurances avait été discutée au sein de
« notre Syndicat, il y a environ une dizaine d'années.
« La grève fut votée : nous fûmes vaincus, la plupart
« de nos confrères n'ayant pas eu assez de persévéran-
« ce. La question reviendra à notre prochaine réunion
« le résultat vous sera communiqué. »

Le Syndicat d'Etampes n'a plus qu'une réunion par an, au mois de septembre. Mais dès maintenant, son président, le Dr Pasturaud, et celui de l'arrondissement de Pontoise, le Dr Galvani, sont tout disposés à nous donner leur concours, dans toutes les questions où l'intérêt gé-

(1) *Nous appelons l'attention des membres des Syndicats sur ce compte rendu. L'allocution si remarquable de notre confrère Jeanne, devrait être lue en séance de tous les Syndicats. Cet éloquent appel à la concorde, est un modèle du genre. Qu'on mette en pratique les préceptes si bien exposés et les résultats obtenus seront grands.* A. C.

néral des médecins du département se trouvera en jeu.

Quant aux médecins non syndiqués, tous sont disposés, en principe, à nous suivre ; mais en pratique, ils attendront que nous formions un premier noyau assez imposant pour se joindre à nous.

Enfin, un certain nombre de nos confrères du Syndicat, tout en s'inclinant devant la décision votée dans l'intérêt du plus grand nombre, redoutent la mauvaise concurrence de certains médecins.

Tel est l'état actuel de la question.

Le Dr Jeanne demande alors la parole :

Mes chers confrères,

Le vote que nous avons émis, dernièrement, en pleine connaissance de cause et dont il s'agit de poursuivre les conséquences jusque dans l'application, a une importance capitale en ce qui concerne l'autorité, l'influence, l'avenir de notre cher Syndicat.

Cette fois encore, en effet, nous avons résolu de ne pas nous payer de mots, d'en finir avec les vœux platoniques, les jérémiades stériles, trop en faveur, il faut bien le reconnaître, chez beaucoup de Français et même dans bien des Sociétés médicales.

Environnés par un cercle de groupements et d'associations qui nous sont hostiles et dont nous sommes devenus les prisonniers, par de maladroites, inutiles et injustes concessions, nous avons pris, ici, le parti de faire une trouée, pour regagner la liberté à laquelle nous avons droit. Et c'est sur le front de bataille formé par les Compagnies d'assurances accidents que doit aujourd'hui porter notre effort.

J'entends bien que le Syndicat est un corps d'élite, que s'il a réclamé le poste d'honneur en avant-garde, il doit marcher sans défaillance vers le but à atteindre, sans prendre le temps de compter ses pertes possibles, prêt à tous les sacrifices.

Mais il doit s'assurer aussi, à mon avis, qu'il conserve ses communications en arrière, et même qu'il sera suivi par ceux au salut desquels il se sacrifie ; c'est-à-dire, qu'avant de lancer notre ultimatum aux Compagnies, nous avons à réclamer tout le concours des médecins de l'arrondissement encore non syndiqués, afin de former ce noyau dont parlait tout à l'heure notre secrétaire et que les autres syndicats suivront volontiers. Or, je veux surtout établir que, si ce concours nous est indispensable pour le succès, nous sommes en droit de le provoquer, et qu'il ne saurait nous être refusé.

Qu'il nous soit nécessaire de réunir la quasi-unanimité des médecins, afin d'imposer nos justes et sages conditions aux puissants adversaires que nous rencontrons, c'est l'évidence, je ne m'arrêterai pas à le démontrer.

Mais il n'est pas sans utilité de rappeler en vertu de quel droit nous venons troubler la tranquille indifférence de certains confrères et leur demander de s'enrôler sous notre drapeau.

Ce droit résulte des services que nous leur avons rendus, sans qu'ils se soient même dérangés, à propos de l'amélioration de l'inspection des enfants surveillés, et surtout par la part que nous avons prise à l'organisation de l'assistance médicale dans le département. Notre rôle utile ne s'est pas borné là. Nous avons aplani des conflits entre confrères, qui se sont bien trouvés de notre arbitrage ; nous avons négocié avec succès, pour les médecins, près de telle ou telle société de secours mutuels, près de commissions administratives d'hôpitaux, près de clients récalcitrants, près des administrations diverses.

Nous nous sommes tenus à la disposition de tous les confrères de la région, pendant dix ans, sans distinguer entre les syndiqués et ceux qui ne l'étaient pas. Les portes de notre Société ont toujours été largement ouvertes : l'esprit de coterie, de particularisme, d'ambition personnelle, ne s'est jamais glissé dans nos réunions ; une seule préoccupation, l'intérêt général, a dicté toutes nos résolutions.

Le syndicat a donc fait ses preuves, il a gagné tous les titres possibles à la confiance de l'unanimité des médecins de l'arrondissement. Pourquoi, dès lors, hésiterait-il à réclamer une manifestation de celle-ci, quand il sent que cette manifestation est nécessaire en vue de l'accomplissement du reste de sa tâche ?

N'écoutons pas, si vous voulez m'en croire, les esprits défiants qui déclareraient impossible de réunir tous les confrères de l'arrondissement sous le même drapeau, quand il est urgent de s'associer devant un danger commun, tel que celui qui se dresse aujourd'hui devant nous. On peut être de caractère irrésolu ou timide et ne pas répondre au premier appel des plus ardents ; on peut aussi se laisser absorber par la routine journalière faite des préoccupations du moment, et ne pas voir les gros nuages qui assombrissent l'horizon professionnel, présageant la tempête de demain ; on peut ne pas partager telle opinion du Syndicat, et redouter par tournure d'esprit la discussion où l'on ne serait pas soutenu ; on peut ne pas vouloir banqueter à côté d'un rival ou d'un ennemi personnel ; on peut ne pas savoir s'arracher pour quelques heures à la clientèle ; on peut reculer devant des dépenses de voyage, de cotisation, de banquet, d'amende ; tout cela nous l'admettons sans peine. Mais de là, à ne pas donner une signature, il y a loin. Nous que réunit ici la foi réelle dans la confraternité médicale, nous refuserons toujours de croire, que, si quelques-uns n'acceptent pas nos rendez-vous, c'est parce qu'ils veulent sans scrupule pêcher en eau trouble, ou glaner les quelque épis, que les collectivités, hostiles à notre profession, laissent dédaigneusement tomber de la gerbe qu'elles nous ravissent. Aller ainsi jusqu'au soupçon malveillant, ce serait craindre la félonie professionnelle, la trahison, disons le mot, de gens qui, médecins, n'en sont pas capables, qui, victimes comme nous d'odieuses exploitations, partagent certainement notre désir d'émancipation, et suivront notre mot d'ordre.

Si mes prévisions sont justes, nous obtiendrons donc le consensus unanime que nous recherchons, avant de dicter nos conditions aux Compagnies d'assurances accidents.

Mais nous ne l'obtiendrons, à bref délai, que par un referendum bien organisé, par une campagne dont chacun de nous fera sa part, de telle sorte qu'aucune prise ne soit laissée à la négligence, cette grande ennemie des consultations générales, même, et peut-être faudrait-il dire surtout, chez les médecins.

C'est pourquoi, chers confrères, j'ai l'honneur de vous proposer :

1° Qu'une formule d'acceptation de la décision votée par le syndicat à la réunion de novembre 1895 soit signée par tous les membres du Syndicat et par le plus grand nombre possible de confrères de la région. Cette pièce restera aux archives du Syndicat.

2° Qu'un extrait en soit adressé sous forme de lettre aux directeurs des Compagnies d'Assurances avec la liste des médecins qui auront signé.

3° Que le procès-verbal soit envoyé après chaque réunion à tous les confrères de l'arrondissement indistinctement, afin qu'ils se rendent compte de la force dont nous pourrons disposer pour la défense de nos intérêts le jour *où ils seront tous entrés dans nos rangs.*

Et ici je leur fais appel et leur demande à tous de se faire inscrire sans retard comme membre de notre Syndicat.

Je le répète en terminant, chers confrères, il faut que notre Syndicat sorte agrandi et affermi de la campagne que nous entreprenons ; et je ne doute pas que notre secrétaire n'ait à recueillir prochainement de nombreuses adhésions, qui, pour avoir été tardives, n'en seront accueillies que comme plus réfléchies et plus précieuses.

Et si, par malheur, quelques-uns ne répondaient pas à notre appel, sous ce prétexte bien étrange de vouloir garder leur indépendance, je dirai que ceux-là, il sera bon de les connaître.... pour les plaindre, oui pour les plaindre, car cette indépendance dont ils sont si jaloux envers leurs confrères et amis, au point de la croire menacée par un engagement d'honneur et une signature, nous savons ce qu'elle vaut l'aune. C'est la soumission, par intérêt ou esprit de lucre, à ceux qui

voient d'un *mauvais œil* notre *syndicat* ; à des gens ou à des collectivités qui ne respecteront jamais, comme notre société, la liberté et les convenances individuelles du médecin, et qui, bien au contraire, en feront, de gré ou de force, l'agent de leurs coteries, l'instrument et la victime de leurs ambitions et de leurs rancunes.

Cette indépendance-là ne nous inspire que de la compassion.

Ce discours a été très applaudi et les propositions de notre si dévoué confrère ont été acceptées par l'assemblée.

Assistance médicale.

Le secrétaire porte à la connaissance de ses confrères les décisions prises par le Syndicat de Corbeil au sujet du service des indigents, et qui sont les suivantes.

En cas de généralisation du service des indigents dans Seine-et-Oise, qui est un des sept départements où ce service n'a pas encore été généralisé :

1° Le Syndicat de Corbeil se mettra aussitôt en rapport avec ceux de Versailles, Etampes, Pontoise et Rambouillet.

2° Aucun de ses membres ne devra répondre individuellement à la Préfecture.

3° L'abonnement sera repoussé, le tarif de la visite demandé à raison d'un franc 5o, plus o.5o c. par kilom. effectué dans chaque sens.

Bonne note est prise de cette décision du Syndicat de Corbeil.

Bureau.

M. le Dr Giberton-Dubreuil, *de Jouy-en-Josas*, passe de droit président.

M. le Dr Ribard est nommé vice-président.

Le Trésorier et la Secrétaire actuels restent à leurs postes.

A ce sujet, le Dr Pineau, après avoir remercié ses collègues de la sympathie qu'ils lui ont témoignée pendant son année de présidence, demande qu'à l'avenir le Président reste en fonction plus d'une année.

Il fait remarquer avec beaucoup de raison que, vu le petit nombre des réunions annuelles, il est impossible qu'un président pour une seule année ait le temps de se mettre au courant, et puisse rendre au Syndicat les mêmes services qu'en restant à son poste au moins trois ans.

Cette proposition de modification des statuts sera portée à l'ordre du jour de la prochaine séance.

Le Secrétaire,
Dr Le Menant des Chesnais.

REPORTAGE MÉDICAL

A la *Société de médecine et de chirurgie pratiques*, il vient de se produire un grave incident : la candidature de M. le docteur Archambaud a été rejetée. Nous ignorons absolument le motif qui aurait pu légitimer ce vote, bien inattendu, frappant un jeune et vaillant journaliste.

Mais, nous pouvons dire que dans toutes les réunions où nous avons entendu sa parole, il a souvent exprimé la juste solution des discussions et rallié les suffrages. C'est dans une de ces occasions que nous l'avons prié de faire partie du Conseil de l'*Association amicale*, dans lequel il rend de notables services à l'une de nos œuvres.

M. *Gillet de Grandmont*, nous avait entretenu des déboires que lui avaient occasionnés les péripéties de la profonde décadence de la Société de médecine et de chirurgie pratiques. M. Archambaud se promet de faire la lumière sur le fait qui le concerne : on peut s'en rapporter à lui.

Il inaugurait, mardi, au milieu d'un grand nombre de médecins présidés par le docteur *Dubois*, un des plus symphatiques édiles de Paris, son *école d'orthopédie et de massage* ; de nombreux et chaleureux toasts ont été portés au succès de notre collègue par MM. les docteurs *Dubois*, de *Piétra Santa*, *Félix Brémond*, *René Belin*, *Butte*, *Larrivé* et *Bilhaut.*

Nous y avons avec grand empressement joint le nôtre, et lui avons affirmé que si, créer une *école de massage*, est un des griefs qui ont fait ajourner sa candidature, ces griefs sont de commande et sont au contraire pour nous des titres d'honneur.

M. Archambaud, lui a-t-on dit, au lieu, comme on l'a prétendu, de faciliter l'exercice illégal, vous avez bien mérité de la profession, puisque vous aurez fourni aux médecins d'utiles auxiliaires, au même titre que ceux qui ont créé des écoles d'infirmiers.

M. Archambaud n'a pas seulement des amis parmi les médecins ; il en a aussi parmi d'excellents artistes qui après le gai et succulent repas offert par l'amphitryon, sont venus, jusqu'à une heure très avancée, recueillir les bravos des convives.

— *La subvention aux laboratoires.* — La proposition Audiffred (subvention de 250.000 aux laboratoires) a été longuement discutée et fortement combattue à la Chambre, notamment par MM. Villejean et Bourgoin. Finalement l'ajournement du débat a été prononcé, jusqu'au moment de la présentation du budget de 1897.

Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie. — La IVe session de ce congrès s'ouvrira à Clermont-Ferrand, le 28 septembre 1896 et se terminera le 4 octobre 1896. Les membres adhérents nationaux et étrangers sont soumis à une cotisation de 20 francs. Les femmes et les enfants des adhérents pourront participer au congrès en versant une cotisation de 10 francs. M. Doin, trésorier, 8, place de l'Odéon, Paris.

— *Le Congrès international de dermatologie de Londres* se tiendra du 4 au 8 août dans les salles d'examens du Royal Collège of Physicians and Surgeons, Victoria Embarkment.

—Le 18e *Congrès de l'Association française de chirurgie* s'ouvrira à la Faculté de Paris, le lundi 19 octobre 1896, sous la précidence de M. le Dr Terrier, de l'Académie de médecine.

Pour tous renseignements, s'adresser avant le 15 août à M. Lucien Picqué, secrétaire général, 8, rue de l'Isly, Paris.

— *Société d'hypnologie.* — La séance annuelle de la Société d'hypnologie et de psychologie aura lieu le lundi 20 juillet, à quatre heures du soir, au palais des Sociétés Savantes, 18, rue Serpente, sous la présidence de M. Dumontpallier.

Les auteurs sont invités à adresser, dès à présent, les titres de leurs communications à M. le Dr Bérillon, secrétaire général, 14, rue Taitbout,

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4096. — M. le docteur Blond, à Merville (Nord), présenté par M. le Directeur.

N° 4097. — M. le docteur Guérin de Sossondio, du Mont-Dore-les-Bains (P.-de-D.), secrétaire du Syndicat médical du Mont-Dore.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 28 11 Juillet 1896

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La nouvelle Association des pharmaciens.

Une Association nouvelle se réunit à Paris, qui s'est donné la difficile tâche *de rendre à la pharmacie la place qu'elle n'aurait jamais dû perdre dans le monde scientifique.*

Cette association ouvre ses rangs à tous les étudiants en pharmacie de France, aux professeurs des diverses écoles de pharmacie, *aux pharmaciens déjà établis*. Elle compte déjà, paraît-il, environ 500 membres.

Est-ce une ère nouvelle qui va commencer ?

Nous voudrions bien être des premiers à saluer cette généreuse tentative, car, après avoir connu une époque, où la plupart des pharmaciens gardaient, au milieu de la concurrence commerciale, le souci de la dignité professionnelle et de l'esprit de corps bien compris, nous avons vu, de près, les excès où sont tombés, plus tard, un trop grand nombre de membres de cette corporation sœur.

Et certes, il nous plairait beaucoup de n'avoir plus à signaler ces procédés blâmables de vente à outrance, qui devenaient des attentats à la santé publique, d'insupportables empiètements sur les intérêts légitimes du médecin, et une menace de ruine prochaine pour la profession pharmaceutique elle-même.

A l'exemple des Petit, Crinon, Fiévet, J. Thomas, Champigny, P. Vigier, Blaise et de beaucoup d'autres, les jeunes, qui sont encore sur les bancs de l'école, ont-ils eu l'intuition de l'avenir ? Ont-ils compris, qu'avec ou sans la loi nouvelle sur l'exercice de la pharmacie, il fallait réformer les mœurs professionnelles, sortir de l'ornière purement commerciale où s'enlise et disparaît la considération de bon aloi, et reprendre pied sur le sol ferme d'une digne collaboration scientifique avec le médecin ?

Ce serait un beau programme.

Pour tous les esprits avisés, il est évident que la pharmacie est appelée à subir une transformation profonde, en rapport avec les conquêtes de la thérapeutique. L'immense arsenal de drogues, utilisé par la médecine d'autrefois, se réduira, par l'application des méthodes scientifiques d'aujourd'hui, à trois ou quatre douzaines de médicaments. Et si la moitié de ceux-ci se présente en spécialités, un diplôme de pharmacien, destiné à couvrir cette vente, deviendrait presqu'une superfétation.

Mais, un champ nouveau s'ouvre pour l'utilisation de ce diplôme. Examens microscopiques, analyses, dosages, travaux de laboratoire de toutes sortes, réclamés par la pratique de l'hygiène, par la thérapeutique microbienne, voilà ce que l'on aperçoit, déjà, dans ce domaine tout prêt à s'élargir.

C'est sur ce terrain, que l'Association nouvelle devra, sans doute, donner rendez-vous à tous ceux qui veulent reprendre leur place dans le monde scientifique.

C'est là qu'il nous plairait aussi, à nous, médecins, d'enterrer, mieux que sous les textes ambigus d'une loi, les mauvais souvenirs d'une époque de lutte et de concurrence, et de tendre la main de la camaraderie d'école, à des collaborateurs aimés, estimés, obéissant aux mêmes préoccupations que nous, ne séparant pas leur intérêt du nôtre et de celui du public.

Puisse l'écho qui nous apporte cette nouvelle n'avoir pas été trompeur !

Sans rien abandonner des légitimes revendications, que nous avons soumises au Parlement touchant la loi projetée, nous trouverions bien, ici, le moyen d'aider dans son œuvre l'Association naissante, car la réalisation de son programme est un des rêves les plus chers du monde médical.

Mais quand le rêve prendra-t-il des allures de réalité ? Nous attendons impatiemment les premiers actes.

H. J.

Association amicale. — Double cotisation.

Le versement des cotisations de l'Association Amicale est la source d'une correspondance active avec nos confrères, ceux-ci profitant souvent de l'occasion pour nous entretenir de diverses questions qui les intéressent, pour se renseigner sur tel ou tel point qui leur paraît litigieux.

C'est ainsi qu'un confrère demande quand il lui sera possible de verser la double cotisation, pour avoir droit à indemnité double.

Nous lui répondrons que le *quorum* nécessaire est atteint à la vérité, mais qu'une décision de l'Assemblée générale est indispensable. La question sera soumise à l'assemblée de novembre et, si elle est résolue par l'affirmative, les doubles cotisations seront reçues à partir du 1er janvier 1897.

D'autres confrères nous entretiennent des rechutes qui peuvent survenir au cours d'une même maladie et pensent que, dans ce cas, la rechute doit compter non comme une maladie nouvelle, mais comme la prolongation de la maladie initiale, défalcation étant faite des journées intermédiaires, pendant lesquelles le confrère aura repris ses occupations.

Nous partageons absolument cette manière de voir et soumettrons une décision conforme, à l'Assemblée générale de novembre; le point délicat est d'adopter un texte suffisamment précis et qui s'applique à toutes les espèces. Le plus simple serait peut-être de laisser au conseil d'administration, juge des espèces, le soin de déterminer dans quels cas la maladie doit être considérée comme rechute et dans quels cas elle constitue, pour l'Association, une maladie nouvelle.

Quelques confrères enfin se bornent à nous envoyer leurs encouragements et leurs vœux pour la prospérité de l'œuvre et pour ceux qui ont assumé la tâche de la faire fonctionner. Nous les en remercions bien sincèrement et les assurons de tout notre dévouement.

Les poètes eux mêmes s'en mêlent et voici un sonnet qui accompagne l'envoi de la cotisation semestrielle du Dr S... :

Je me porte fort bien, très honoré confrère,
Ce qui fera plaisir au *Concours médical* ;
Recevez le mandat et touchez ce métal,
Cet or que trop souvent sur cette pauvre terre

On prend à ses voisins, en leur faisant la guerre.
Chez vous, purifié, l'argent sans âcreté
Se transforme en bonheur — notre Fraternité
Vaut mille fois les dons venus d'un ministère !

Va, mon petit mandat, va sourire à quelqu'un,
Caresser un malade, et, discret, opportun,
Dis lui qu'aux quatre coins de notre chère France

Des amis inconnus veillent à son chevet,
Souhaitant la santé, pleurant même, en secret
Lorsque notre art ne peut soulager la souffrance.

LA SEMAINE MÉDICALE

Des causes d'obstruction nasale chez les enfants.

Dans un intéressant travail du Dr *Boulay*, de Paris, sur l'obstruction nasale chez les enfants, nous relevons avec la *France médicale* les détails pratiques suivants :

L'obstruction nasale, dont la fréquence est si grande chez les enfants, reconnaît comme cause, dans la grande majorité des cas, la présence de végétations adénoïdes dans le pharynx nasal, mais on aurait tort de considérer ces végétations comme une cause unique d'obstruction, et il n'est pas rare de la voir persister, après l'ablation de ces végétations.

C'est qu'en effet les causes d'obstruction nasale, chez les enfants, sont multiples et souvent complexes. Aussi le Dr Boulay a-t-il raison de dire qu'il est nécessaire d'examiner et d'explorer les fosses nasales des enfants avec le même soin qu'on le fait pour les adultes, sans se contenter de la simple inspection des narines et du toucher rétro-pharyngien.

Chargé, dans le service du professeur Lannelongue, d'une consultation hebdomadaire pour les maladies des oreilles, du nez et du larynx, le Dr Boulay a pu examiner un grand nombre d'enfants. C'est le résultat de ces observations qu'il publie dans son intéressant mémoire.

Si on laisse de côté les végétations adénoïdes et les polypes naso-pharyngiens, on voit que l'obstruction des fosses nasales peut tenir à un grand nombre de causes.

Le catarrhe hypertrophique de la muqueuse nasale, les corps étrangers, les malformations de la cloison, la périchondrite traumatique de la cloison, les synéchies intranasales, les polypes muqueux et fibro-muqueux, la rhinite caséeuse, telles sont les principales causes relevées par l'auteur. Plusieurs d'entre elles peuvent se trouver réunies sur le même sujet.

Remarques sur la symphyséotomie.

Dans une leçon clinique faite à l'hôpital Saint-Louis, M. le Dr *Lepage*, après avoir rapporté tout au long les observations de six femmes, auxquelles il a dû faire subir l'opération de la symphyséotomie, fait une série de remarques importantes à retenir.

Tout d'abord, il paraît bien certain que l'expulsion spontanée du fœtus, après agrandissement du bassin, est théoriquement préférable à l'emploi de tout instrument ; mais pour qu'elle ait lieu sans inconvénient, il faut que la symphyséotomie soit pratiquée de bonne heure, c'est-à-dire avant que le fœtus n'ait souffert de l'obstacle qu'il rencontre dans la filière pelvienne; il faut, de plus, que le muscle utérin se contracte suffisamment pour que la période d'expulsion ne dure pas trop longtemps. Si elle se prolonge en effet, les avantages qui résultent de cet accouchement spontané peuvent être inférieurs aux dangers d'infection qui menacent la plaie pubienne.

Quant à la valeur comparée du forceps et de la version, après la symphyséotomie, le choix n'est pas toujours possible : dans certains cas, en effet, la version est formellement contre-indiquée, non pas seulement par l'amorcement trop accusé de la tête par rapport au bassin, mais parce que le fœtus n'est pas mobilisable par rapport à l'utérus. Dans sa leçon toute récente sur la symphyséotomie, à la clinique Baudelocque pendant l'année 1895, le professeur Pinard a déclaré que, dans certains rétrécissements du bassin, la version pouvait être employée de préférence au forceps, à la condition que le bassin soit, au préalable, agrandi par la section de la symphyse.

L'incision verticale de 3 cm. sur la ligne médiane, à 1 cm. au-dessus du clitoris, paraît être la meilleure. Les hémorrhagies de la plaie cèdent généralement au tamponnement et à l'extraction rapide du fœtus. Les suites sont habituellement simples, à condition de maintenir les opérées immobiles, pendant 15 jours, dans une gouttière de Bonnet ou simplement avec un bon bandage de corps pelvien et les jambes réunies par une serviette.

M. Lepage termine par une dernière remarque capitale :

« C'est, dit-il, une question qui n'est pas encore résolue à l'heure actuelle que celle des LIMITES DE LA SYMPHYSÉOTOMIE, c'est-à-dire des cas dans lesquels la symphyséotomie est discutable et des cas dans lesquels elle n'est pas suffisante.

Il est souvent fort difficile de dire, dans les cas si complexes que présente la clinique, que telle intervention est absolument indispensable.

Je citerai deux exemples, où, cependant, j'ai le grand regret d'avoir hésité à pratiquer l'agrandissement du bassin. Dans un cas, chez une femme qui s'est présentée quelques jours après mon arrivée dans le service et qui avait un bassin légèrement oblique ovalaire, ayant nécessité une basiotripsie, lors du premier accouchement, j'ai pratiqué, un peu malgré moi, la version et j'ai extrait mort un enfant que j'aurais eu à peu près certainement vivant après agrandissement du bassin. Chez une autre femme qui s'est présentée également dans la première quinzaine d'août et qui avait un bassin peu vicié, l'interne du service a appliqué le forceps et a extrait, mort, un superbe fœtus pesant près de 4 kil. 500. J'ai fait trop souvent, jadis, la même intervention meurtrière, pour la lui reprocher ; mais j'ai pris acte de ce fait, pour recommander dans le service, d'user le moins possible du forceps, même dans les bassins normaux, et de ne s'en servir jamais lorsqu'il peut devenir un agent de réduction de la tête fœtale. Vous voyez donc que loin d'avoir abusé de la symphyséotomie, je n'y ai pas eu recours aussi souvent que j'aurais dû le faire : les résultats obtenus ne peuvent que m'encourager dans cette voie. »

Influence des produits thyroïdiens sur les organes génitaux pelviens et les glandes mammaires chez la femme.

Dans une récente communication à l'Académie de médecine de Belgique, M. le Dr *Hertoghe*, d'Anvers, rapporte les très intéressantes constatations qu'il a faites à la suite de l'administration de la thyroïdine aux femmes en lactation et en puissance de gestation.

D'après M. le docteur Hertoghe, plus le sang est riche en thyroïdine, plus l'activité utéro-ovarienne est réduite et plus la puissance mammaire est exaltée.

De ces différentes considérations et des expériences de M. le docteur Hertoghe, il est facile de déduire un certain nombre d'applications à la thérapeutique. Les principales de ces applications sont les suivantes :

1° Les hémorrhagies myxœdémateuses relèvent directement de cette médication.

2° Il en est de même des hémorrhagies qui reconnaissent pour cause des endométrites et des ovarites mêmes anciennes ;

3° Toutes les ménorrhagies, quelles qu'elles soient, sont heureusement influencées par la thyroïdine. Les hémorrhagies cancéreuses, fait qui paraîtra incroyable, se tarissent rapidement sous l'influence de quelques jours (trois ou quatre) de thyroïdisation. Les symptômes (douleur, gonflement et congestion) diminuent également d'une manière très appréciable ;

4° Chez les femmes qui avortent facilement, et dont la menstruation trop abondante entraîne, chroniquement, le germe fécondé, le suc thyroïdien diminue le molimen et la congestion utérine. Dans un cas rapporté en détail par l'auteur, une femme, stérile depuis sept années, a pu concevoir et mener sa grossesse à bonne fin, grâce à l'action inhibitoire de la thyroïdine ;

5° La thyroïdine est utile dans les cas de myome utérin, de descente de la matrice, de rétroflexion avec hémorrhagies, et en général, dans tous les cas où il y a intérêt à réduire le volume, la congestion et la sensibilité de l'utérus ;

6° Enfin, en raison de l'action spéciale exercée par la thyroïdine sur les glandes mammaires, il y a lieu d'administrer ce produit aux nourrices dont la lactation périclite.

Nous appelons d'une manière tout à fait spéciale l'attention de nos lecteurs sur cette importante communication de M. le docteur Hertoghe à l'Académie de médecine de Belgique. Si les effets de la thyroïdine qu'il annonce, et sur l'utérus et sur les glandes mammaires, sont confirmés, il faudra bien reconnaître que la thérapeutique médicale aura, dans cette substance, un médicament de premier ordre qui sera appelé à rendre les plus grands services. Les cas où l'on voit les règles devenir trop abondantes, donner lieu à des ménorrhagies et même à des métrorragies sont des plus fréquents. On peut les rencontrer chez un grand nombre de jeunes filles, chez des femmes faites et, très souvent surtout, chez les femmes qui arrivent vers l'époque de la ménopause. Dans ces différentes conditions, la femme qui est atteinte de ces pertes sanguines en éprouve toujours des troubles extrêmement importants, sans compter, bien entendu, l'état d'anémie globulaire dans lequel elle tombe forcément. D'un autre côté, il est extrêmement fréquent aussi de voir les femmes qui allaitent leurs enfants présenter, tout à coup, une diminution notable dans la proportion de leur lait. Souvent, alors, ces nourrices voient reparaître leurs règles, ce qui est toujours très mauvais au point de vue de l'allaitement de l'enfant. On comprend dès lors, de quel secours sera la thyroïdisation dans ces différents cas. Nous ne saurions donc trop engager nos lecteurs à essayer de la médication thyroïdienne, lorsqu'ils rencontreront des cas de ce genre dans leur pratique.

Le typhus exanthématique.

M. le Dr *F. François* a eu l'occasion d'étudier, de près, le typhus exanthématique pendant son internat à l'hôpital d'Amiens ; il a fait les remarques suivantes, qu'il consigne dans sa thèse. Bien des cas isolés de typhus doivent être méconnus et pris pour de la fièvre typhoïde. Il est infiniment plus contagieux et l'isolement sévère est absolument de rigueur sous peine de faire des victimes.

L'hyperthermie du premier jour, la marche de

la fièvre, le moment de la défervescence, la manière dont elle se fait, les encoches en V, le cycle plus court de la maladie, sont autant d'éléments précieux au point de vue du diagnostic différentiel.

Ajoutons à cela la nature de l'éruption, sa rapide apparition, la précocité et l'intensité des troubles nerveux, l'angine, la constipation avec douleur de la fosse iliaque gauche et enfin l'odeur typhique.

L'âge du sujet doit aussi être pris en considération, quand l'ensemble des autres symptômes plaide en faveur du typhus.

L'encombrement, le manque d'hygiène, la nourriture défectueuse, l'alcoolisme sont autant de causes prédisposantes.

C'est ce qui fait que le typhus est, avant tout, la maladie des miséreux et ne se rencontre pas dans la classe riche ou du moins rarement. D'ailleurs, les auteurs irlandais ont depuis longtemps remarqué que le typhus des riches n'était pas contagieux : c'est seulement dans la classe pauvre que la maladie se propage. Est-ce à dire que le typhus des riches soit d'une nature différente ? Certainement non ; seulement — et cela vient confirmer notre manière de voir — ce n'est qu'une question de milieu, la plupart des individus ne présentant précisément pas, en général, cet état de réceptivité sur lequel nous avons insisté.

L'état de réceptivité des individus contaminés est donc en général manifeste.

Les cas les plus nombreux se rencontrent de 30 à 50 ans. — La convalescence marche vite.

Le pronostic est grave. – D'autant plus grave que l'éruption est plus abondante, que les accidents nerveux sont plus précoces, que la diarrhée s'établit plus tôt et que le malade, une fois passé le douzième jour, présente encore une hyperthermie accentuée.

La mortalité paraît être moindre chez les femmes que chez les hommes.

Elle est d'autant plus grande que les sujets sont plus avancés en âge : elle va régulièrement en croissant de 10 à 70 ans.

Comme traitement :

Diète lactée. Antisepsie intestinale. Sulfate de quinine. Extrait mou de quinquina.

L'antisepsie de la bouche et de la gorge, le nettoyage de la langue, répétés plusieurs fois par jour, nous paraissent indispensables, puisque nous avons presque toujours noté de l'angine et que l'on a à redouter des infections secondaires, des parotidites entre autres, dont on rencontre bon nombre d'exemples.

D'autre part, comme les malades sont débilités, affaiblis, en déchéance physiologique, non seulement du fait de la maladie, mais aussi du fait même de leurs habitudes antérieures (puisque le typhus s'attaque aux débilités et aux miséreux), il nous semble donc indiqué de les tonifier par tous les moyens possibles et le plus tôt possible. Puisque les intestins sont indemnes, la chose est relativement facile. L'extrait mou de quinquina, le café, le vin de malaga, une nourriture appropriée contribuent largement à abréger la convalescence.

Mais, il ne faut pas l'oublier, le traitement hygiénique vient encore bien avant le traitement thérapeutique. Tout d'abord, au moindre soupçon du typhus, faire de l'isolement, mais un isolement rigoureux; mettre les typhiques dans des pavillons isolés absolument, indépendants de toute autre salle ou dépendance. C'est malheureusement ce qui n'a pas été fait à Amiens, les locaux ne le permettant pas, et où l'on se contenta de rassembler les typhiques dans une salle immédiatement contiguë à un service de médecine et de condamner la porte de communication.

S'arranger de telle sorte que les convalescents ne passent pas continuellement, comme nous l'avons vu à un certain moment, par les escaliers et les couloirs communs.

Ne pas laisser un typhique quitter l'hôpital, sans lui avoir fait prendre au préalable plusieurs bains de sublimé et désinfecté minutieusement ses vêtements, linge, etc.

Si l'individu est propriétaire d'une maison roulante, ne pas craindre de détruire tout ce qu'elle peut contenir de suspect et la désinfecter également soigneusement.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

Revue des antiseptiques au point de vue de leurs indications.

Au milieu de l'immense gerbe d'antiseptiques que nous offrent aujourd'hui les chimistes et les droguistes, le médecin éprouve fréquemment quelqu'embarras à se décider en faveur de tel ou tel de ces produits, dans les différents cas qui se présentent en pratique. S'en tenir à un seul antiseptique, pour toutes les circonstances, semblerait faire croire que l'antiseptique idéal, applicable à tous les cas avec une précision mathématique, est enfin découvert. Dans l'état actuel de la science, il serait téméraire, en même temps qu'erroné, d'avoir cette prétention. C'est même pour cela que les nombreuses échelles de puissance dressées par les chimistes et les microbiologistes, pour chacun des antiseptiques, ne doivent pas préoccuper beaucoup le thérapeute qui a à se prononcer pour l'application au corps humain.

D'ailleurs, on ne saurait trop le répéter, c'est moins sur la valeur microbicide de l'antiseptique, qu'il faut compter, que sur la manière dont on doit appliquer la méthode antiseptique.

Pourquoi y a-t-il tant d'accidents d'empoisonnements et de brûlures par les antiseptiques? Uniquement parce que les personnes qui les ont appliqués, ont cru obtenir de meilleurs résultats en forçant les doses, qu'en se contentant de doses modérées et de précautions minutieuses. Avant de chercher le meilleur antiseptique, savonnez-vous et brossez-vous les mains et les ongles, savonnez et décrassez les régions, avant de les toucher avec les instruments, n'agitez pas de poussières dans le voisinage du lieu où vous opérez, enfin, que vos instruments aient été purifiés scientifiquement par le feu et les hautes températures. Tels sont les principes primordiaux de l'antisepsie. Pour en avoir négligé un seul, tout le reste est inutile et aucun antiseptique ne réussit.

Les antiseptiques, que le monde confond trop souvent avec les désinfectants, sont généralement des substances chimiques, qui ont la propriété de tuer les microbes à l'état de spores ou à l'état adulte.

Loin d'enlever les odeurs désagréables, qualité qui caractérise tout désinfectant, les antiseptiques ont fréquemment une odeur très tenace et assez infecte. Il ne faut pas, par conséquent, se fier à l'odeur, pour apprécier le degré de puissance d'un antiseptique. Les essences de fleurs et les résines qui ont une propriété désinfectante très incontestable, sont de très mauvais et très insuffisants antiseptiques : tels le fameux papier d'Arménie, l'encens, le benjoin qui imprègnent les tapis d'Orient, et laissent intactes les spores du choléra qui séjournent dans ces tapis.

Les antiseptiques sont employés à l'état gazeux, à l'état liquide et à l'état solide. Après les avoir classifiés sans parti pris, ni esprit de réclame, nous les examinerons pour essayer d'en indiquer les applications pratiques et non point théoriques, comme le font les chimistes et les droguistes.

I

Classification.

1° *Antiseptiques gazeux.*

Aldéhyde formique formol,
Acide sulfureux,
Acide fluorhydrique, ozone.
Vapeurs : phéniquées,
— créosotées,
— térébenthinées,
— d'eucalyptus,
— résorcinées.

2° *Antiseptiques liquides.*

Solutions de biiodure de mercure,
— sublimé corrosif,
— d'eau oxygénée,
— d'eau de mer électrisée,
— d'acide phénique,
— lysol,
— solvéol,
— créoline-créosote,
— gaïacol,
— coaltars,
— microcidine,
— permanganate de chaux,
— permanganate de potasse,
— phénosalyl,
— acide salicylique,
— menthol-thymol,
— cinnamol,
— éther sulfurique,
— eucalyptol,
— nitrate d'argent,
— ichthyol,
— chlorure de zinc,
— sulfate de cuivre,
— térébenthine,
— acide borique,
— alcool à 90°,
— naphtol.

3° *Antiseptiques solides.*

Iodoforme,
Iodo-crésine,
Iodol,
Salol,
Dermatol-orphol,
Gaïacol cristallisé,
Sous-nitrate de bismuth,
Calomel,
Benzonaphtol,
Naphtol B,
Résorcine,
Fluosilicate de soude,
Acide borique,
Acide salicylique,
Borax,
Sulfate de fer,
Poudre de quinquina,
Tannin.

II

Indications des antiseptiques.

A. *Antiseptiques gazeux.* Les antiseptiques gazeux sont employés principalement pour la désinfection des locaux et objets de literie, toilette et ameublement contaminés.

Le plus puissant des antiseptiques gazeux est l'aldéhyde formique ou formol. Il suffit de laisser quelques linges bien imbibés d'une solution concentrée de formol, exposés dans l'atmosphère d'un local bien fermé, pendant 24 heures, pour obtenir la désinfection absolue des murs, tapisseries, papiers, planchers, meubles et menus objets de ce local. On réalise encore plus sûrement cette désinfection au moyen d'une lampe dite formogène, inventée par M. Trillat et composée d'un récipient où brûle de l'alcool méthylique pur et d'un capuchon de mousse de platine sur lequel la flamme produit en abondance de l'aldéhyde formique par incandescence de platine.

Il est indispensable d'employer, dans la lampe formogène, de l'alcool méthylique n'excédant pas la densité de 0,830. Notre confrère, le Dr Lemaire, du Tréport, a exposé très complètement l'année dernière dans le Concours (page 149 de 1895) les détails de la désinfection par l'aldéhyde formique : nous n'y insisterons pas davantage.

En dehors des usages de désinfection des objets, nous n'avons que peu de chose à dire des applications de l'aldéhyde formique : cet antiseptique n'est pas très applicable aux plaies, ni aux cavités naturelles. M. Orloff conseille la formaldéhyde en solution à 5 % contre la blennorrhagie uréthrale : M. Gouël l'emploie en inhalations légères, avec l'acide carbonique, pour combattre la tuberculose laryngo-pulmonaire. C'est à peu près les seuls cas où il soit permis de l'essayer.

L'acide sulfureux est, après l'aldéhyde formique, le meilleur gaz antiseptique, pour détruire les germes dans un local infecté : une condition indispensable de son action, est que les objets à désinfecter soient humides ou humectés artificiellement ; de plus, il faut que le contact soit prolongé 24 à 36 heures, au moins.

L'acide fluorhydrique est un antiseptique trop dangereux à manier pour être pratique ; il a été essayé en inhalations contre la tuberculose pulmonaire : mais il a généralement échoué.

L'ozone est le grand régulateur et le grand modérateur des épidémies. D'après M. Foveau de Courmelles, c'est à son absence presque totale de l'atmosphère, que l'on doit parfois ces graves épidémies d'influenza, de choléra, etc. Au contraire, quand il y a de l'ozone en quantité suffisante, il n'y a plus d'épidémies. Cet excellent antiseptique atmosphérique est peu maniable pour désinfecter ; néanmoins, il est facile d'en provoquer la formation dans une

chambre ou dans une salle de malades, soit en faisant jaillir pendant longtemps de longues étincelles électriques d'une bobine de Rumkorff, soit en faisant évaporer lentement, sur des linges suspendus, une certaine quantité d'essence de térébenthine.

Les vapeurs phéniquées, créosotées, térébenthinées produites par le spray au pulvérisateur de Lister ou par une simple évaporation de liquide en ébullition, sont des antiseptiques puissants à employer contre les germes de la diphthérie, de la bronchopneumonie, de la gangrène, de l'érysipèle, dans toute chambre de malade où l'on craint la contagion.

Les vapeurs de résorcine sont employées à 1/20 par M. Sordes, pour combattre les endométrites et leurs complications.

B. *Antiseptiques liquides.* — Le plus puissant des antiseptiques sous forme liquide serait, si l'on en croit de récentes communications, l'eau de mer ayant subi l'influence prolongée d'un fort courant électrique. L'avenir dira ce qu'il en est : pour le moment, nous nous bornons à enregistrer le fait sans commentaires, et nous préférons encore, comme plus sûre, la solution de biiodure de mercure, qui paraît constituer le plus actif des antiseptiques.

Biiodure de mercure..........	0.25 centigr.
Alcool à 60.....................	50 gram.
Eau..........................	1 litre.

Ensuite, vient le sublimé (bichlorure de mercure) :

Sublimé corrosif.............	1 gram.
Acide tartrique................	4 gram.
Eau..........................	1 litre.

Le sublimé, dissous dans l'alcool, est bon aussi : c'est la liqueur de Van Swieten : mais il estplus dispendieux. Le chlorhydrate d'ammoniaque dissout le sublimé, mais, il n'empêche pas la coagulation albuminoïde superficielle que forme le sublimé, à la surface des plaies et qui constitue un obstacle à la désinfection profonde des plaies.

L'acide tartrique empêche cette coagulation et rend l'antisepsie parfaite. Aucune solution n'est plus puissante pour nettoyer une surface souillée ou pour détruire les germes qui ont pu y être apportés.

Malheureusement, le sublimé, comme le biiodure, sont de violents poisons et d'assez puissants caustiques : de plus, ils ne peuvent être employés pour les instruments métalliques, au contact desquels ils se décomposent et qu'ils détériorent complètement. En lavages, en injections, ce sont les plus sûrs des désinfectants. On les emploie en irrigations sur les murs et les planchers infectés. Pour les injections de suites de couches, de métrites aiguës, de pelvipéritonites, la solution doit être étendue de moitié eau (sublimé à 1/2000).

L'eau oxygénée est un très puissant antiseptique, non caustique ; mais son prix élevé empêche de l'employer couramment et la variabilité de sa teneur en oxygène la rend trop infidèle dans ses résultats. On l'utilise pour désinfecter les bouteilles d'eaux minérales, 3 à 5 grammes d'eau oxygénée à 10 volumes, suffisent pour désinfecter un litre d'eau minérale, d'après M. Mouline, de Vals.

Après ces premiers antiseptiques liquides, vient la série des dérivés du goudron : l'acide phénique pur cristallisé ou phénol absolu, le lysol, le solvéol, la créosote, la créoline, le gaïacol, les *coaltars.* Tous ces antiseptiques sont également puissants, quoi qu'en disent les prospectus des lanceurs d'affaires commerciales.

Le plus usité est le phénol que l'on emploie encore d'une façon générale pour les pansements chirurgicaux et pour la désinfection des instruments d'opérations :

Solution forte :

Acide phénique...............	50 gram.
Glycérine ou alcool...........	50 gram.
Eau bouillie..................	1 litre.

Solution faible :

Acide phénique...............	25 gram.
Glycérine ou alcool...........	25 gram.
Eau bouillie..................	1 litre.

La glycérine est préférable à l'alcool, pour éviter les accidents caustiques et les brûlures de la peau.

En solution très faible, l'acide phénique est utilisé en lavements, en injections et en pansements oculaires : il faut beaucoup s'en méfier ; il est très toxique et très caustique.

Acide phénique...............	5 gram.
Alcool à 60°..................	5 gram.
Eau bouillie...........	1 litre.

Cette causticité est utilisée par M. Hayem pour faire un badigeonnage vésicant très pratique :

Acide phénique..........	9 gram.
Alcool à 90	1 gram.

Le lysol, le solvéol, sont des dérivés impurs des composés savonneux de l'acide phénique et de la créoline, qui ont une grande puissance antiseptique et peuvent être employés pour désinfecter les linges et les locaux contaminés. La créosote, la créoline, le gaïacol, en solutions alcooliques ou huileuses, sont d'énergiques antiseptiques pour les cavités anfractueuses infectées (ostéites, panaris, abcès profonds) et pour les muqueuses des voies respiratoires. Le gaïacol, en particulier, fait partie des antiseptiques internes, absorbables par l'estomac, l'intestin et la surface cutanée et éliminés par les muqueuses pulmonaires et bronchiques (gaïacol, carbonate de gaïacol, créosal, créosotal). Les coaltars, de même que le solvéol et le lysol, sont de bons antiseptiques des cavités naturelles sous forme d'injections.

La microcidine ou naphtolate de soude est un des meilleurs et des plus pratiques antiseptiques connus. Employé sous forme de solution à 3/1000, c'est un désinfectant énergique, non caustique, non toxique. A 4 ou 5/1000, la microcidine est un antiseptique parfait pour les instruments ; à 1 ou 2/1000, c'est une excellente solution pour lavages du nez, de la gorge, des oreilles. M. Berlioz, qui est l'auteur de la microcidine, recommande de l'employer sous forme liquide, telle qu'elle se trouve aujourd'hui dans le commerce, de préférence à la forme pulvérulente qui est défectueuse, parce qu'elle se détériore par la lumière et par l'humidité. Les solutions de microcidine sont légèrement dicroïques (jaune et bleu), l'air les rend brunes, sans altérer notablement les propriétés.

Les permanganates de chaux et de potasse

sont de bons désinfectants et de puissants antiseptiques à employer, surtout pour les cavités naturelles, en injections. Ce sont de véritables spécifiques des écoulements muco-purulents du vagin, surtout contre les écoulements gonococciques. Cependant, s'ils donnent de merveilleux résultats contre la blennorrhagie de la femme, ils sont infidèles contre la blennorrhagie uréthrale de l'homme.

Le phénosalyl est un mélange d'acide phénique, d'acide salicylique, d'essence d'eucalyptus, préconisé par M. de Christmas, principalement comme antiseptique pharyngo-amygdalien.

Le menthol est l'antiseptique par excellence du nez et du larynx : il n'est soluble que dans l'huile.

Le thymol est un désinfectant en même temps qu'un antiseptique : il n'est soluble que dans l'alcool ou dans une dissolution de soude caustique. On l'emploie rarement seul, à cause de la difficulté de le faire dissoudre. Le cinnamol, dérivé de l'essence de cannelle, est un antiseptique désinfectant, recommandé par M. Lucas-Championnière, à la suite des curieuses recherches de M. Chamberland et de MM. Cadéac et Albin Meunier sur les essences.

Le cinnamol est l'essence de cannelle redistillée. On le dissout dans le rétinol, associé à la cire :

Rétinol................	75 grammes.
Cire stérilisée...... ...	25 —
Cinnamol.............	1 —
Naphtol B.............	1 —

Parmi les essences odoriférantes, plusieurs ont un pouvoir antiseptique notable et présentent l'avantage de parfumer les pansements :

Rétinol et cire..........	100 gram.
Essence de cannelle....	0,40 centigr.
Essence d'origan.......	0,40 —
Essence de géranium...	0,40 —
Essence de verveine....	0,20 —

— L'éther sulfurique est un antiseptique, de même que le chloroforme : mais ces deux corps ne peuvent guère être employés que pour désinfecter les instruments. Ils sont caustiques pour les plaies.

L'alcool à 90° et l'alcool absolu, sont de mauvais antiseptiques.

— Un corps récemment préconisé et très énergique comme antiseptique, c'est *l'ichthyol* ou sulfo-ichthyolate de soude et de potasse (produit de distillation de roche bitumineuse du Tyrol). L'ichthyol est un peu soluble dans l'alcool et dans le chloroforme. Il est miscible à toutes les graisses (vaseline, glycérine, axonge). C'est un spécifique de l'érysipèle, sous forme de traumaticine (gutta-percha et chloroforme) à l'ichthyol (Juhel-Rénoy). C'est un bon topique pour le pansement des métrites et vaginites :

Glycérine..............	100 gram.
Ichthyol................	10 gram.

— Nous n'insisterons pas sur les dérivés de l'eucalyptus, eucalyptol, eucalyptéol, etc., qui sont des antiseptiques internes excellents pour les voies respiratoires ; on les emploie en capsules et en injections hypodermiques.

— Les sels de zinc (chlorure), de cuivre (sulfate), d'argent (nitrate) sont de très puissants désinfectants. Le chlorure de zinc au 1/12 est un caustique violent ; à 5/1000 ; c'est un antiseptique utilisé pour les lavages de la plèvre ; et des cavités d'abcès en général ; le sulfate de cuivre 12/1000 est employé administrativement pour désinfecter les objets et linges souillés par les selles des typhiques, les crachoirs des tuberculeux, etc. Le nitrate d'argent est l'antiseptique spécifique de l'ophthalmie purulente et de la blennorrhagie uréthrale de l'homme. Pour les yeux, on l'emploie à 1/30 ; pour l'urèthre, on se sert de la solution au 1/100 en injections, ou de quelques gouttes de la solution au 1/30, en instillations.

Dans cette longue énumération, nous avons encore à faire entrer : le naphtol B, presqu'insoluble, utilisé surtout en cachets pour l'antisepsie intestinale, avec le benzonaphtol et le bétol ou salicylate de naphtol.

Après le naphtol, vient la térébenthine qu'on utilise en vaporisation et en inhalations. L'acide borique est le dernier des antiseptiques, comme valeur. Il est excellent sous forme d'eau boriquée à 4/100 pour les yeux, et sous forme de vaseline boriquée 4/30, pour les petites plaies. Mais, comme lavages et injections il faut lui préférer la microcidine, l'acide phénique, le permanganate de chaux ou le sublimé.

Antiseptiques solides. Le plus puissant des antiseptiques solides est l'iodoforme ; puis viennent l'iodo-crésine, l'iodol, le salol, le sous-nitrate de bismuth, l'orphol, le dermatol, le calomel, le fluosilicate de soude, l'acide borique, le tannin.

Au point de vue des indications, nous n'avons rien de spécial à signaler, si ce n'est que, suivant l'étendue et l'ancienneté des plaies, on emploiera un antiseptique plus ou moins puissant : l'iodoforme ou l'iodo-crésine pour les plaies larges et profondes, ou mieux encore, un mélange indiqué par M. Lucas-Championnière :

Iodoforme.........................	5
Benjoin............................	5
Poudre de quinquina...........	5
Carbonate de magnésie saturé d'essence d'eucalyptus.......	5

Le coaltar, le salol seront préférables pour les petites plaies.

L'orphol et le bismuth pour les brûlures et les plaies cutanées d'eczéma.

Le dermatol pour les plaies des muqueuses et les légères excoriations.

Le benzonaphtol, le calomel, le salicylate de bismuth sont les antiseptiques du tube digestif.

Enfin le colaltar, le borax, l'acide borique en poudre servent pour la bouche, la gorge, les oreilles.

Pour terminer, nous résumerons notre appréciation des divers antiseptiques suivant leurs indications :

1° Désinfection des locaux, literie, meubles :
Aldéhyde formique ou acide sulfureux.

2° Désinfection des instruments :
Acide phénique. Chloroforme. Solvéol. Microcidine.

3° Désinfection des plaies :
Sublimé. Biiodure. Microcidine. Chlorure de zinc. Coaltar.

4° Pansements :

Iodoforme. Iodocrésine. Cinnamol. Salol. Poudre de Lucas-Championnière.

5° Injections vaginales :
Sublimé. Permanganate de chaux. Microcidine.

6° Pansements utérins :
Ichthyol.

7° Antisepsie oculaire :
Acide borique. Nitrate d'argent.

8° Antisepsie de la gorge, du nez, du larynx :
Menthol.

9° Antisepsie des voies respiratoires :
Créosote. Gaïacol. Eucalyptol.

10° Antisepsie des voies digestives :
Orphol. Benzonaphtol.

Dr Paul Huguenin.

FAITS CLINIQUES

Angines grippales : Epidémie de famille. — Bacille court. — Son rôle pathogénique et pathologique ; fièvre adénopathique et inflammation suppurée rétro-pharyngienne, chez le premier malade atteint.

L'épidémie dont il s'agit s'est produite dans une famille habitant une petite maisonnette isolée, à Ivry, rue Mirabeau, 81. Père, mère, une enfant de 18 mois, une autre de 4 ans et demi, — ménage propre. — Au-dessus d'eux, au premier de cette maisonnette, habitent deux personnes avec une enfant de six ans, en garde. Constitution médicale : quelques rougeoles et quelques grippes.

Observation I. — Le 19 février 1896, nous sommes appelé auprès de l'enfant Lacroix (Jeanne, 18 mois, sevrée depuis six mois. Depuis hier cette enfant a la fièvre. Aujourd'hui il y a de l'abattement ; elle a eu de l'insomnie ; les amygdales sont énormément gonflées et rouges, ainsi que la luette ; pas d'enduits blancs. T. 40° m. ; pas d'éruption et ne paraît pas en avoir eu.

20 février. — La fièvre est calmée. 38° m. L'enfant va beaucoup mieux. Elle est pâle, mais joue. Presque plus rien dans la gorge.

21 février. — La fièvre a repris, 39°5 m. L'enfant a le teint légèrement cyanosé, la physionomie et l'aspect d'un enfant qui a les oreillons. Engorgement considérable des ganglions cervicaux, narines sèches, agitation, insomnie, respire par la bouche. Très peu de rougeur dans la gorge, mais le voile du palais paraît abaissé ; urines rares et boueuses.

22 février. — Teint bistré. Gonflement parotidien énorme, surtout à gauche. 39° m. Insomnie, hallucinations, écoulement nasal muqueux, voile du palais porté en avant et abaissé, rénâclements. Engorgement ganglionnaire généralisé ; rien dans les poumons. Urines boueuses, difficiles à analyser.

23 février. — Presque rien dans la gorge. Gonflement du cou est le même. Fièvre 39° m. mais abattement et aspect d'une enfant fortement intoxiquée. Respire par la bouche ouverte, voile du palais incurvé en avant. Rien sur les amygdales. Les lavages boriqués amènent des mucosités abondantes par le nez et la bouche. Toniques, irrigations, chlorate de potasse.

24 février. — Aspect plombé, intoxiqué. Parotides diminuées, mais il existe un gonflement ganglionnaire rétro-pharyngien, qui fait craindre un abcès rétro-pharyngien. Les mouvements de la tête sont douloureux, la tête portée en arrière, mais le toucher ne donne pas d'indication précise sur un abcès 39° m. ; urines foncées, rares, pas d'albumine. Insomnie et crises de suffocation. — Pour éclairer le diagnostic on fait faire l'analyse bactériologique *complète* des mucosités pharyngiennes et nasales, seuls produits à examiner.

25 février. — Crises de suffocation terribles, pendant la nuit dernière. Insomnie complète depuis le début de la maladie. On vient me chercher à 2 heures du matin, et je trouve l'enfant mieux, le teint moins violacé et moins plombé, les lèvres presque roses. La prostration est moindre, le voile du palais se redresse, l'engorgement ganglionnaire et parotidien diminue. Mucosités abondantes, rétro-pharyngiennes et nasales. Légère rougeur des piliers et de la luette. Toucher digital rétro-pharyngien muet, 39° soir. En attendant la réponse du Laboratoire municipal malgré *le mieux*, et à cause des accidents de la nuit, nous injectons 10 centigrammes de sérum Roux. — Réponse : « Sécrétions nasales ont fourni, à la culture, le *bacille court* de la diphtérie, accompagné de microcoques. »

26 février. — L'enfant va mieux. Le gonflement diminue ; peu de rougeurs dans l'arrière-gorge ; respire mieux ; repose ; le nez se désobstrue.

Notre confrère et ami le docteur Barthès, d'Ivry, appelé en consultation avant la réponse bactériologique, pense comme nous à une angine grippale, ayant amené une fièvre adénopathique et émet comme nous aussi des doutes sur le caractère diphtérique de cette affection. On continue le traitement : irrigations, toniques, et on décide que si l'analyse tranche la question de diphtérie on fera, dans la soirée, une deuxième injection de sérum Roux de 10 centigrammes. C'est ce qui a été fait.

27 février. — La malade va beaucoup mieux. Bonne physionomie, joue, mange, dort. L'enfant a le teint rose et n'a que 38° de fièvre le matin. Le voile du palais se redresse ; peu de nasonnement, peu de gonflement ganglionnaire. Pas d'albumine dans les urines.

28 février. — Bouche entr'ouverte et nasonnement ; écoulement nasal épais. Eternuements, a moins bien dormi. Rien dans la gorge, mais encore de l'empâtement du cou. Etat général pourtant satisfaisant, malgré un peu de toux. Jusqu'ici il n'y a pas eu de détermination pulmonaire, mais aujourd'hui quelques râles de bronchite. Eruption lichénoïde dans le dos : elle n'a duré que 24 heures, 38° m.

29 février. — A expulsé hier soir des paquets de mucosités jaunâtres. Moins de nasonnement. Empâtement léger du cou. Toux ; bronchite légère ; pas d'albumine, 38° m.

1er mars. — Tousse moins ; bronchite presque guérie ; gorge et voile du palais reprennent leur état normal ; un peu de nasonnement et de saillie amygdalienne externe. Urines troubles et encore rares. Pas d'albumine.

2 mars. — Gonflement des parties latérales du cou a reparu. Rend par le nez et la bouche et surtout la nuit, sur l'oreiller, des mucosités jaunâtres et épaisses, 37°5, m. Urines deviennent boueuses par refroidissement.

3-4 mars. — A toujours l'aspect d'une enfant qui a les oreillons. Toujours de la parotidite. Bon état. Fièvre légère.

5 mars. — Joue, mais dort assez mal. Le gonflement adénopathique du cou, très accentué à gauche s'étend un peu en arrière du côté de la nuque, 38°5 matin.

6 mars. — Même état. Rend par la bouche et le nez des mucosités jaunâtres et verdâtres. Nasonnement.

7 mars. — Gonflement bi-latéral adénopathique considérable, surtout à gauche. On sent des glandes tout autour du cou. Mauvaise nuit, fièvre, nasonnement. En examinant l'enfant avec le doigt et la cuiller elle rend par le nez et la bouche une quantité assez considérable *de pus jaunâtre bien lié*, avec, à la fin, quelques stries de sang, 38° m. — Examen bactériologique nouveau *négatif*. (Dr Miquel).

8 mars. — L'enfant laisse échapper par le nez et la bouche des glaires et du pus sanguinolents. Urines boueuses. Nasonnement. Même état local, mais meilleur aspect.

9, 10, 11 mars. — Emplâtre de vigo sur les côtés du cou. Transportée à la consultation de l'hôpital Trousseau avec une note, le diagnostic de fièvre ganglionnaire a été porté par le chef de service. La résolution s'opère, le gonflement disparaît, la fièvre tombe progressivement, l'enfant dort la bouche fermée, nasonne moins, mange.

12 à 31 mars.— La guérison s'achève fin mars, après quelques poussées fébriles légères.

Observation II. Le 20 février (*deux jours après sa sœur*) l'enfant Germaine Lacroix, âgée de quatre ans et demi est prise presque subitement d'une violente angine double, avec rares enduits caséeux, 40° m.

21 et 22 février – Parotidite double avec engorgement ganglionnaire environnant ; la gorge va mieux. Urines boueuses, 39° matin.

23 février. — Plus rien dans la gorge qu'une légère rougeur des piliers, gonflement parotidien. Va mieux, 38° matin.

24 février. — Teint bistré. Rien dans la gorge, mais *énorme* engorgement ganglionnaire multilobé, à gauche. Gonflement moindre à droite. Ganglions sterno-mastoïdiens énormés, 38°5 matin.

25 février. — Amélioration. Le gonflement latéral du cou diminue. On sent la saillie amygdalienne volumineuse, à gauche ; rien à droite. Rien dans la gorge, 38° matin.

26 février. — Va beaucoup mieux. Mange, boit, joue. Pas de jetage nasal. Rien dans la gorge ni dans les poumons. L'engorgement ganglionnaire diminue. N'a plus l'aspect abattu, ni le teint violacé et plombé. Toniques et chlorate de potasse.

27 février. — Va bien. Encore un peu de saillie de l'amygdale gauche. Pas d'albumine. — Rien à l'examen bactériologique (Dr Miquel).

28 février. — Va bien, mais encore des saillies amygdaliennes. Eternue ; tousse un peu, mais pas de bronchite. Bon aspect général. Mange et dort bien.

29 février. — Quelques râles sibilants et un peu d'empâtement au niveau des amygdales.

1er mars. — 2, 3, 4, 5... 15 mars. Mieux continue. Saillie des amygdales, un peu plus accentuée certains jours. Guérison.

Observation III. — 21 février 1896 (*trois jours après la première malade*), Madame Lacroix, 26 ans, mère des enfants a eu brusquement du frisson, de la courbature et de la fièvre. Amygdalite double, sans enduits.

22 février. Engorgement ganglionnaire sous-maxillaire et le long des sterno-mastoïdiens. Urines rouge foncé.

23-24 février. — Fatiguée, mais va mieux. Adénite non résolue. Examen bactériologique *négatif*.

25 février. — N'a plus rien dans la gorge ; quelques ganglions, surtout à gauche. Quoique surmenée, l'état général est satisfaisant.

27 février. Va très bien. Guérison.

Observation IV. — Le 24 février 1896 (*six jours après la première malade*), Monsieur Lacroix, le père, âgé de 32 ans, fatigué déjà par des courses, veilles, et occupations de bureaux (garçon de bureaux chez un ingénieur de la Compagnie d'Orléans) est pris de frissons, amygdalite double sans enduits, pharyngite.

25 février. — Gorge et pharynx rouges. — 38° matin.

26 février. — Langue saburrale. — 38° matin. Va encore à son bureau.

27 février. — Garde le lit, pris d'une violente angine double, avec pharyngite, nasonnement, langue sale, courbature générale.

Pas d'engorgement ganglionnaire. 39° matin. Aspect très fatigué. Examen bactériologique *négatif* (Dr Miquel).

28 février. Nasonnement. Engorgement ganglionnaire, surtout à gauche. Amygdales, piliers, pharynx et une partie du voile du palais très rouges, luisants, sans enduits. Langue blanche. 38° matin. Urines foncées ; pas d'albumine. Courbature, mais amélioration le soir, 37°5.

29 février. Va mieux. Urines rouges, langue sale. Amélioration. Amygdales moins volumineuses, moins rouges, se détergent. Quelques ganglions cervicaux, petits.

1er mars. — Tout le pharynx et le voile du palais se détergent ; encore un peu de rougeur ;

2-3 mars. — Tousse un peu. Gorge va bien. Guérison le 5 mars.

Nous croyons qu'il n'est pas inutile d'ajouter que M. P..., âgé de 60 ans, demeurant au premier de la maisonnette, a été malade *avant tous les autres*.

Pendant la première quinzaine de février, à la suite d'un mal de gorge, il a toussé pendant quelque temps.

Madame P... (sa femme), 55 ans, qui aidait madame Lacroix à soigner ses enfants, a été prise de mal de gorge, laryngite et toux du 1er au 8 mars.

Marie P..., six ans a eu un peu de rougeur dans la gorge, a toussé, du 6 au 10 mars.

Réflexions.

Nous avons pensé que la relation de cette épidémie de famille, d'angines grippales, présentait quelque intérêt, tant au point de vue des questions de pratique médicale qu'elle soulève, qu'au point de vue du rôle du bacille court, dans les angines.

Faisons d'abord remarquer que nos quatre malades ont été brusquement atteints, à de courts intervalles. Tous ont eu l'angine au début, — un seul d'entre eux avec points blancs, — trois sans enduits. Tous ont eu une période de rémission, au bout de deux ou trois jours, suivie d'adénopathie. La petite Jeanne (obs. I, a été très gravement atteinte ; sa sœur beaucoup moins sérieusement ; et les parents sans

avoir été très malades, ont été obligés de s'aliter quelques jours. Nous rencontrons chez eux un certain nombre de symptômes qui caractérisent la grippe.

C'est pourquoi nous avons tout de suite pensé à une angine grippale chez Jeanne (obs. I). Le mieux qui se produisit le troisième jour, semblait nous donner raison, lorsque le quatrième jour, après avoir vu l'aspect néronien de la face de l'enfant, et sa sœur malade, nous avons craint d'avoir commis une erreur. Si nous avions eu affaire à une angine diphtérique, il nous eût été impossible de pratiquer l'isolement, puisque nous avions été surpris par les événements et que toute la famille avait été rapidement touchée. Le temps nous eût même fait absolument défaut pour pratiquer la vaccination préventive. Nous avions déjà le regret de n'avoir point fait faire, plus tôt, l'examen bactériologique auquel nous n'avions aucune raison de songer tout d'abord. Nous avions même plus sujet de dire comme Cadet de Gassicourt, devant une angine blanche, qui était diphtérique : « Alors je n'y connais plus rien, seul le microscope peut faire le diagnostic. » puisque nous n'avions même pas de points blancs, et que pourtant, le sixième jour, l'examen bactériologique nous fournissait le *bacille court de la diphtérie.*

C'est ici que se pose cette question du rôle du baccile court, que l'école allemande n'a jamais reconnu comme le bacille type de la diphtérie. La marche de la maladie chez l'enfant de l'obs. I. démontre que nous n'avons pas eu affaire à la diphtérie. De plus, à la fin de la maladie, on ne retrouvait déjà plus le bacille court dans la gorge de l'enfant, quand on sait que le bacille diphtérique se trouve dans la bouche des diphtériques longtemps encore après la guérison. Tout porte donc à croire que le bacille court se rencontre dans les angines simples, mais qu'il n'est pas diphtérique.

A-t-il été l'agent d'infection adénopathique avec suppuration ganglionnaire ? C'est peu probable, puisque Germaine (Obs. II.) a eu les *mêmes symptômes* que sa sœur, sauf la gravité et la suppuration, et qu'elle n'avait pas plus de bacille courts que les parents qui ont eu aussi de l'infection ganglionnaire. Il faut noter, en outre, que le bacille était accompagné de microcoques seulement et n'était pas associé au streptocoque ni au staphylocoque ; et pourtant il y a eu de la suppuration.

D'où vient donc l'agent infectieux ? On ne saurait incriminer que la grippe, qui est si souvent infectieuse et la cause de pyohémies, d'abcès, etc. D'ailleurs, en admettant que les microcoques aient été seuls accompagnant le bacille court, est-on bien sûr qu'aucun d'eux n'ait de rôle pyogénique ?

Associé au streptocoque, au staphylocoque ou accompagné d'une rougeole ou d'une scarlatine, certains cliniciens prétendent que le bacille court peut donner une diphtérie grave, mais ce n'était pas ici le cas.

Si l'angine de Jeanne (obs. I.) eût été diphtérique, malgré sa bénignité, elle eût pu transmettre par contagion une angine diphtérique type, mais c'est précisément l'inverse qui est arrivé, puisque les contagionnés ont été moins atteints que le contagionnant. Il y a donc lieu de ne point reconnaître le bacille court comme diphtérique.

Ce qui fait l'intérêt de nos observations, c'est qu'elles permettent de résoudre, aussi, cette question, de savoir si le bacille court, tout en n'étant pas diphtérique, ne pourrait pas donner lieu à des diphtéries véritables. On peut répondre : non, puisque les trois contagionnés de notre épidémie, tout en étant malades, n'ont pas eu de diphtérie.

L'invasion brusque, la fièvre inaccoutumée, la forme inflammatoire de l'angine aiguë de début, l'absence d odeur, l'apparition des symptômes locaux avant les symptômes généraux, le rétablissement rapide, plaident aussi contre le caractère diphtérique de nos angines, que les injections de sérum Roux n'ont du reste pas améliorées. De plus, l'albuminurie qui apparaît 17 fois sur 40 cas, selon certains auteurs, et 74 fois sur 100 d'après Cadet de Gassicourt, au début et avant le huitième jour, et qui est de courte durée (il ne faut pas oublier qu'une infection générale peut amener une albuminurie tardive) n'a pu être constatée dans aucun de nos cas. Par contre, les urines étaient troubles et presque sanguinolentes, chez nos malades, tandis que, d'après Germain Sée, elles ne le sont jamais dans la diphtérie.

Nous n'avons pas eu affaire non plus au type d'amygdalite infectieuse décrite par Dubousquet-Laborderie. Ce genre d'amygdalite a pour caractéristique la présence de l'albumine, au début, pendant cinq ou six jours. Cette amygdalite n'a ni le type herpétique, ni diphtérique, mais *il y a de l'albumine*. Nous ne sommes point dans ces conditions.

En résumé, nous croyons avoir eu affaire à une épidémie d'angines grippales, ayant déterminé des accidents inflammatoires plus ou moins accentués, du côté de la parotide et du système lymphatique.

Cette question des angines est donc toujours difficile, toujours sérieuse, car elle se complique de l'intérêt pronostic, et de l'intérêt de traitement.

Maintenant, avons-nous eu un abcès rétropharyngien chez Jeanne (obs. I) ? Certains symptômes, comme la tête en arrière, les mouvements douloureux de la tête, les accès de suffocation, la bouche ouverte, l'insomnie, pourraient le faire croire, mais il n'y a pas eu de difficulté réelle de la déglutition, et nous n'avons pu trouver le siège d'un abcès.

La rémission des symptômes qui s'est produite chez l'enfant avant l'écoulement de pus par le nez et la bouche, nous fait plutôt penser à une adénite rétro-pharyngienne, ou à l'inflammation suppurée de quelques ganglions.

Il y a eu des symptômes d'abcès, mais la résolution fait penser à la fièvre adénopathique.

Dr Courgey.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Société de protection des victimes du devoir médical.

Secrétariat général.

Lorsque j'ai engagé, il y a quelques mois, les membres du Concours médical, qui exercent

dans une station thermale ou balnéaire, à organiser des quêtes dans les hôtels, je n'avais encore aucune expérience à ce sujet. Or, durant le mois de juin, j'ai chargé quelques-unes de mes plus jolies clientes de tendre la main, en faveur de nos protégés, dans divers hôtels de Vichy et j'ai ainsi récolté, rapidement, quelques centaines de francs, dont le détail sera publié ultérieurement. — C'est un encouragement que j'ai cru bon de signaler à nos collègues trop timorés, qui, avec un peu de bonne volonté, pourraient être aussi favorisés que moi, sinon davantage.

Qu'ils me permettent de leur indiquer ma façon de procéder. — Je remets aux personnes qui veulent bien s'en charger, divers feuilles libellées ainsi qu'il suit, qui sont répandues sur la table de l'hôtel, et, au moment du dessert, on fait le tour de l'assistance. Il suffit que chaque convive donne un ou deux francs, pour que la recette soit fructueuse.

Voici le texte que j'utilise et qu'il est facile de faire reproduire :

Société de protection des Victimes du devoir médical.

Une quête au profit de l'œuvre sera faite, ce soir, durant le dîner, par les soins de M........

....

La Société de protection des Victimes du Devoir médical a pour but de venir en aide aux familles des médecins, plus nombreux qu'on ne le suppose, qui meurent dans une situation précaire, après s'être distingués par un dévouement exceptionnel. — Il s'agit de tendre une main secourable aux veuves et aux orphelins, de les suivre dans la vie, de leur procurer un gagne-pain, d'empêcher la misère et le désespoir de venir s'asseoir à leur foyer.

On ne peut entrevoir ce coin, si digne de pitié, de l'enfer social, sans être pris d'attendrissement.

La Société fait donc un appel pressant à votre charité et vous remercie par avance de ce que vous voudrez bien faire pour ses protégés.

COMITÉ DE PATRONAGE:

Président : MM. Théophile ROUSSEL, Sénateur, 71, faub. Saint-Honoré.

Vice-Présidents : FRANCK - CHAUVEAU, Sénateur, 9, rue Crevaux.
Henri MONOD, Directeur de l'Assistance publique de France, au Ministère de l'Intérieur, 7, rue Cambacérès.

Secrét. général : Dr GRELLETY, secrétaire de la Société de thérapeutique, etc., 83, boulevard Malesherbes.

Trésorier : CHASTAING, Professeur agrégé à l'École de pharmacie, Pharmacien en chef de l'Hôpital de la Pitié, 1, rue Lacépède.

MM. BROUARDEL, Doyen de la Faculté de médecine.
CÉZILLY, Directeur du Concours médical, Président de l'Association des médecins de l'Oise, Vice-président de l'Union des Syndicats médicaux, Président de l'Association amicale, *Fondateur de la Société de protection*, 23, rue de Dunkerque.
COLIN (Léon), Médecin-inspecteur général, Président du Comité technique de santé, Membre de l'Académie de médecine, 175, boulevard Saint-Germain.
CUVINOT, Sénateur, 21, rue de Téhéran.
FARCY, Député de la Seine, auteur du projet de loi sur les *Victimes du devoir*, 8, rue Léonce-Raynaud.
GIBERT, du Havre, Membre correspondant de l'Académie, Fondateur des dispensaires.
GRANCHER, Professeur à la Faculté de médecine, 36, rue Beaujon.
HYADES, Médecin principal de la Marine, Médecin en chef de l'escadre de l'Océan.
LABORDE, Membre de l'Académie de médecine, Directeur du journal *La Tribune médicale*, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine.
LÉPINE, Préfet de Police.
LEREBOULLET, Directeur du journal *La Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 44, rue de Lille.
MAGNIER, Directeur de l'Administration des douanes, 20, rue de la Trémoille.
MAURAT, Membre du Conseil de direction du Concours médical.
NICOLAS, Conseiller d'Etat, directeur du commerce intérieur au Ministère du commerce.
NOCARD, Directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort.
STEEG (J.), Député de la Gironde, 5 bis, impasss du Maine.

La Société de protection a été fondée en 1888 par la Société du Concours médical ; Directeur : Dr CEZILLY.

Allons, confrères, un bon mouvement, au nom des veuves et des orphelins qu'il s'agit de secourir. — Si chaque membre du Concours nous procurait seulement dix francs, en moyenne, notre caisse serait vite remplie et nous pourrions faire face à toutes les infortunes.

Notre société ne pourra agir généreusement que lorsque notre fonds social sera à la hauteur des misères qui font appel à notre intervention.

Donc, en avant, pour la bonne cause, au nom de la charité et de la confraternité !

Dr Grellety.

Déontologie.

Le secret professionnel, en cas de mariage.

Nous avons reçu ces jours derniers cette intéressante lettre :

Très honoré confrère,

Permettez-moi de vous soumettre un cas embarrassant de secret médical. Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me donner votre appréciation dans le prochain numéro du *Concours*.

— Je viens d'être appelé à donner mes soins à une jeune fille atteinte de tuberculose pulmonaire au début, mais à forme menaçant d'être rapidement envahissante, et dont le diagnostic n'est nullement douteux.

Ma malade est fiancée à un jeune homme dont la famille, *sans m'interroger ouvertement, me donne cependant à entendre qu'elle compte sur nos bonnes relations pour l'éclairer dans le cas où la santé de la future belle-fille serait compromise.*

Je suis seul au courant de la situation ; la jeune fille *n'a pas de parents* que je puisse entretenir de son cas, et elle *ne veut pas attendre sa guérison pour se marier.*

De plus, je n'ai pas la ressource de refuser de répondre, puisqu'on ne m'interroge pas.

J'ai la conviction qu'une union dans ces conditions fera le malheur de deux conjoints.

Je sais aussi qu'au point de vue légal absolu, je dois me taire, mais ma conscience se révolte à l'idée d'aggraver le malheur en gardant le silence. Que faire ?

Merci, et respectueusement à vous.

Dr X.

Il est évident, qu'avant même de *songer* à faire connaître, ou à avouer, à la famille du fiancé, l'état de la fiancée, chose qu'il ne faut *jamais* faire, d'après la plupart des auteurs, et en particulier d'après Brouardel, notre correspondant doit employer, près de la jeune fille, toutes les ressources dont il pourra disposer, afin d'empêcher le mariage. *Elle ne veut pas attendre sa guérison pour se marier.* Possible, mais sait-elle de quel mal elle est atteinte ? Nous n'hésiterions pas à lui exposer les idées courantes sur la tuberculose : dangers de contagion et d'hérédité, curabilité, etc.., lui montrant, avec toute l'éloquence possible, le crime qu'elle peut commettre par son impatience, le désespoir du jeune homme quand, après le mariage, il s'apercevra du malheur qui le menace et de la ruse employée pour le tromper, etc. Nous ferions aussi miroiter à ses yeux l'espoir de réaliser le projet avec sécurité, après la guérison dûment constatée par nous. Il nous semble que, brodant sur ce thème, toutes les variations possibles, depuis le conseil affectueux et persuasif, jusqu'à la perspective des remords mérités, d'un enfer conjugal, de la séparation de corps inévitable, le médecin doit atteindre son but.

Si, enfin, nous n'arrivions pas à vaincre ce parti-pris, que la passion seule nous paraît capable d'expliquer, nous quitterions la malade sur une phrase du genre de celle-ci :

« Mademoiselle, je ne puis accepter d'être, en « quelque sorte, le complice de ce que vous « allez commettre, et je cesse de vous donner « mes soins. Cette détermination, sur laquelle « je refuserai d'ailleurs toujours de m'expliquer, « sera évidemment connue, demain, de la famille « dans laquelle vous rêvez d'entrer : elle suffira, « sans nul doute, quoi que vous puissiez dire « ou faire, pour lui ouvrir les yeux sur le danger. »

Dans le cas présent au moins, cette simple menace, bien permise, nous paraît devoir porter à coup sûr ses fruits.

REPORTAGE MÉDICAL

Association de la jeunesse française tempérante. — Les membres, au nombre de plus de huit cents, de l'Association de la jeunesse française tempérante, présidés par M. Gréard, président d'honneur, ont fêté, dimanche dernier, à deux heures, à l'hôtel des Sociétés savantes, leur première assemblée générale. Beaucoup de sommités du monde universitaire et médical assistaient à cette réunion. M. Magnan a prononcé une allocution dans laquelle il a décrit tous les maux engendrés par l'alcool et l'absinthe. « L'instituteur, a-t-il dit, est le véritable apôtre de la tempérance. » Après le compte rendu de M. le Dr Roubinovitch, secrétaire général, qui a fait un chaleureux appel au concours de toutes les bonnes volontés, un fort joli concert a terminé la réunion.

—*Création de laboratoires bactériologiques en province.* — Le Conseil académique de Paris a décidé, dans sa première séance, l'organisation de laboratoires bactériologiques dans plusieurs villes des départements.

Nous n'avons pas cessé, depuis deux ans, de réclamer cette mesure, au nom de la santé publique et des médecins de province. Les ressources précieuses qu'y peuvent trouver le diagnostic et le traitement des maladies, devaient être mises à la portée de tous, et c'est pourquoi nous avions même prié M. le Dr Cornil, rapporteur, au Sénat, de la loi sur la protection de la santé publique, d'introduire à cet effet dans le projet un article spécial. Mais saura-t-on généraliser assez ?

— *La profession médicale en Russie.* — Le Congrès des médecins russes, tenu à Kiev en mai dernier, a mis en lumière la triste situation faite à nos confrères, d'une part, et à l'organisation des secours médicaux, de l'autre, par une centralisation outrancière, par une réglementation uniforme jusqu'à l'injuste, enfin par l'étendue des territoires que chacun doit desservir et l'insuffisance ridicule des honoraires qu'ils touchent.

La majorité s'est prononcée contre la création d'un ministère de la santé publique, dans la crainte, hautement manifestée, de voir s'accroître les maux signalés dans la médecine rurale, si l'ingérence du pouvoir central devenait ainsi plus grande.

L'exposé fait par les divers orateurs explique et excuse le peu de goût que montrent les étudiants russes, reçus docteurs à Paris, pour la pratique dans leur pays d'origine.

— *Une obligation légale dans les pharmacies américaines.* — Les pharmaciens de l'Etat de New-York viennent d'être astreints, par une loi, à mettre sur l'étiquette des bocaux contenant des poisons, l'indication des contre-poisons, reconnus les plus actifs dans chaque cas.

C'est une bonne précaution qu'un simple règlement permettrait d'appliquer en France. Elle ne dispenserait pas, bien entendu, de recourir à la thérapeutique rationnelle de l'empoisonnement, lavage de l'estomac, vomitifs, etc., mais elle supprimerait les hésitations dans le traitement chimique spécial, qui doit faire suite aux moyens généraux.

— *Un cours de rhinologie et laryngologie à la Faculté de Paris.* — Le ministre de l'instruction publique avait demandé un crédit en vue de la création d'un cours annexe de clinique des maladies du nez et du larynx, à la Faculté de médecine de Paris, à partir du 1er novembre 1896 : ce crédit vient d'être voté par les deux Chambres.

Hommage rendu à un médecin. — Nous empruntons au *Bulletin médical* le récit suivant :

Le Dr Victor Olivier, après avoir été pendant 27 ans médecin des établissements hospitaliers de Lille, était depuis 9 ans membre de la commission administrative des hospices, dont il avait dirigé les travaux pendant 5 ans en qualité de vice-président. Il vient d'être relevé de ses fonctions de membre de la commission des hospices, dans des conditions que flétrit en termes énergiques le *Nord-Médical.*

Du reste, pour protester contre cette exécution, la commission administrative des hospice a pris une décision rédigée dans les termes les plus flatteurs pour le Dr Olivier, et d'après laquelle la maison de santé portera désormais le nom de pavillon Victor-Olivier.

Le vice-président a été chargé de porter lui même une copie de cette délibération à son ancien collègue.

M. le Dr V. Olivier est depuis longtemps le Président de la Société locale du Nord. C'est dire combien nos confrères de ce département avaient dû être touchés par la mesure qui le frappait, et avec quelle joie ils enregistreront la réparation.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Arrault, d'Aubervilliers (Seine), et Bachelet, de Lyon, membres du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 29 18 Juillet 1896

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

L'assurance et la mutualité devant les Chambres.

Nous avons eu, dernièrement, de grandes espérances en apprenant que le Sénat venait de voter la loi sur les accidents du travail.

L'article 4, qui établit la responsabilité du chef d'entreprise en matière de frais médicaux et pharmaceutiques, avait été salué par nous comme le signal d'une ère de justice envers le médecin.

Finie, enfin, nous disions-nous, cette trop longue période pendant laquelle on a pu nous obliger à soigner, par pure humanité, ou aux conditions rémunératrices que l'on connaît, les victimes de plus en plus nombreuses du travail industriel. Finies nos pérégrinations à la recherche d'un engagement de payer, et l'obligation écœurante de poursuivre l'ouvrier, blessé, ruiné, afin de l'acculer, à user du recours sur son patron, et à perdre sa place par compensation. Finis ces envois de notes d'honoraires aux chefs d'industries et aux compagnies d'assurances, ce va et vient sans cesse renouvelé d'Hérode à Pilate, et presque toujours terminé par une inscription à la colonne profits et pertes.

Les tribunaux, protecteurs souverains de l'honnêteté et de la bonne foi, vont donc proclamer désormais sans discussion que, toute peine méritant salaire, celle du médecin sera payée par la personne responsable de l'accident et de ses conséquences.

Aussi nous étions-nous empressés de porter la bonne nouvelle à la connaissance de nos confrères. (*Voir Reportage du n° 25.*)

Que ce fût prématuré d'inscrire ce principe dans nos codes à la fin du XIX[e] siècle, cent ans après la Révolution, et au terme d'une discussion de dix années au sein du Parlement, personne ne le pensera sans doute.

C'est pourtant ce que vient de prouver certaine commission de la Chambre des députés. Blackboulant le projet du Sénat, comme celui-ci avait blackboulé le sien, elle va en bâtir un autre. Peu importe, qu'il soit ou non construit avant l'Exposition. car il est destiné d'avance, par atavisme, à être démoli par les pères conscrits, qui ne veulent que du bien aux capitalistes menacés. Mais peu importe aussi que les ouvriers et les médecins attendent ; en fait de patience, ces pauvres diables ont fait leurs preuves. S'ils étaient sûrs d'obtenir satisfaction, à l'aurore du siècle prochain, ils en prendraient gaiement leur parti, car on ne les a pas gâtés.

Conséquence de ce raisonnement : nous revenons à l'attitude de sœur Anne.

Cela nous permet d'ailleurs de signaler, à un horizon encore lointain, l'apparition de la loi sur les Sociétés de secours mutuels.

La question pourrait nous intéresser d'abord par ce côté : honoraires des médecins qui donnent leurs soins aux Sociétaires. Mais on ne s'est pas occupé de cela, bien entendu, pensant que ce n'était pas très opportun. Et, au fond, nous sommes du même avis, car nous préférons beaucoup notre absolue liberté, en cette matière, à des réglementations ou contrats, qu'on n'a pas le droit de nous imposer.

Mais ce qui nous touche en cette loi, c'est le parti que nous en pourrons tirer, dans le département de nos associations professionnelles et des œuvres de prévoyance fondées par le *Concours médical*. C'est une étude que nous ferons dès que le projet Audiffred aura reçu la consécration du double vote parlementaire.

Seulement nous attendrons jusqu'à cette date, encore incertaine, ayant réappris par de douloureuses expériences :

Qu'il ne faut jamais vendre la peau de l'ours avant de l'avoir tué.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le bicarbonate de soude dans les dyspepsies.

Voici comment *M. Linossier* conseille, dans le *Journal des praticiens*, de prescrire le bicarbonate de soude :

Quand on introduit du bicarbonate de soude dans l'estomac, il se passe deux choses :

1° Une alcalinisation immédiate, totale ou partielle, suivant la dose du contenu chimique. C'est l'action chimique du médicament.

2° Vis-à-vis de l'alcalinité produite, la muqueuse réagit. C'est l'action physiologique ; elle consiste toujours en une excitation de la sécrétion, et si des résultats contraires ont été énoncés, cela tient à une observation incomplète du phénomène.

L'action éloignée du bicarbonate de soude se traduit par deux phases successives : la première d'excitation, attribuable à une action de la glande gastrique ; la seconde de dépression, pouvant être interprétée comme le résultat de l'épuisement de la muqueuse par des excitations trop intenses et trop longtemps répétées, ou encore attribuables à l'alcalinisation du sang.

Ces considérations conduisent à l'emploi méthodique du bicarbonate de soude dans les dyspepsies ; l'action alcalinisante est utile dans l'hyperchlorhydrie, l'action excitante dans l'hypochlorhydrie.

Dans l'*hyperehlorhydrie*, on administrera le bicarbonate de soude à la dose de 50 centigrammes à 3 grammes, selon la richesse de la sécrétion gastrique en acide chlorhydrique, avant le repas, de manière que les aliments ne pénètrent dans l'estomac qu'après saturation de l'alcalinité, et se trouvent immédiatement au contact d'une muqueuse en pleine excitation sécrétoire. L'ingestion doit être d'autant plus éloignée du repas que la dose du médicament est plus forte ; un quart d'heure d'intervalle est suffisant pour une dose de 50 centigrammes, une heure est nécessaire pour une dose de plusieurs grammes. On ne prolonge l'usage que par périodes de deux à trois semaines, séparées par des intervalles de repos.

Dans l'*hypochlorhydrie* les douleurs tiennent au contact de la muqueuse avec un liquide exagérément acide ; il faut dans ce cas faire ingérer le bicarbonate de soude à doses fractionnées dans le cours de la digestion. Les doses sont variables entre 1 et 2 grammes, suivant l'intensité de l'hypochlorhydrie ; la première doit être donnée un moment avant l'apparition probable des malaises, les autres d'heure en heure et, au besoin, de demi-heure en demi-heure, jusqu'à la fin de la digestion.

Influence des bains chauds ou tièdes sur les règles.

En 1892, Matweïeff publia une série d'observations qui démontrent que les bains salins ou de boue, à 27° ou 28°, ont une influence favorable sur la menstruation, au point de vue des douleurs, de la quantité du sang perdu et de la durée de l'écoulement ; et cela aussi bien chez les femmes bien portantes, que chez celles qui sont atteintes d'affections génitales quelconques. M. Mironoff, qui a fait de nombreuses observa-

FEUILLETON

La philosophie de mon oncle Benjamin.

L'aimable petit livre que *Mon oncle Benjamin* (par Claude Tiller, édition de 1854). Les érudits le considèrent comme fort savoureux, plein de gaieté et de saillies, ce qui me décide à le faire connaître aux membres du Concours médical, qui ne l'ont jamais feuilleté.

Stahl, qui s'y connaissait, considère l'auteur de ce livre comme le seul représentant, au point de vue littéraire, du génie départemental de la France sous Louis-Philippe : Les pamphlets, dit-il, sont en abrégé l'histoire de l'esprit public et des luttes de l'opposition libérale, pendant et après la Restauration. L'œuvre et l'homme sont uniques en leur genre : il n'est le fils et l'élève de personne, malgré ses points de contact avec Montaigne, Voltaire, Lesage, Scarron et Louis Courrier.

Il s'agit, ici, d'un médecin un peu bohême, mais fort intègre et très dévoué, que l'on oppose du reste à un autre médecin, le docteur Mainxit, qui se faisait payer grassement, en abusant de l'examen des urines, dans le sens charlatanesque du mot, comme on l'entendait jadis.

Je dois vous prévenir dès l'abord que notre ancien n'était pas d'une sobriété exemplaire ; il prétendait même que l'ivresse eût été un des plus grands bienfaits du créateur, si elle n'eût fait mal à la tête. Le vin était alors fait avec le jus de la treille et partant peu nuisible ; on peut donc l'excuser d'avoir eu le Bourgogne fort plaisant.

Il était en outre très sceptique en thérapeutique et prétendait même en riant, après boire il est vrai, que sans les médecins le monde serait trop peuplé et, comme on lui reprochait, à ce compte, d'être un malhonnête homme, de voler l'argent de ceux qui l'appelaient : « Non, je ne le leur vole pas, répondait-il, parce que je les rassure, que je leur donne l'espoir et que je trouve toujours moyen de les faire rire. Cela vaut bien quelque chose. »

Cela vaut en effet bien des spécialités fastueuses, bien des injections dites organiques et pourrait être utile à pas mal de chroniques, de surmenés et de névropathes. Le remède, quoique ne se vendant pas à prix d'or dans les officines, est à la portée de toutes les bonnes volontés et de tous les hommes de cœur : Consoler, c'est déjà soulager !

Il n'est pas étonnant, après cela, que, dans tous les environs, on ne voulût mourir que de sa main. Il n'abusait pas, du reste, de ce privilège et n'était pas plus meurtrier que ses confrères. Mais poursuivons :

Ceci dit, je puis vous vanter, sans réserves, la bonne humeur intarissable de cet ancêtre ; j'espère qu'elle vous aidera à supporter votre sort plus allègrement, s'il n'est pas aussi enviable que je vous le souhaite et que vous l'aviez rêvé. Celui qui n'a point de philosophie au milieu des misères d'ici-bas, est un homme qui va tête nue sous une averse. Le philosophe, au contraire, a sur le chef un bon parapluie qui le met à l'abri de l'orage.

Telle était son opinion ; il regardait la vie comme une farce et y jouait son rôle le plus gaiement possible. Si votre table n'est pas toujours d'une succulence recherchée, il vous fera remarquer que vous l'abordez au moins avec des fringales optimistes, après avoir fait des courses, durant toute la journée. Vous êtes disposé de la sorte à tout trouver excellent ; le rata familial chatouille plus agréablement vos houppes nerveuses qu'un perdreau truffé ne chatouillerait celles d'un roi, parce que les vôtres bien disposées ont conservé leur fraî-

tions pour vérifier ces données, a pu aussi constater que les bains alcalino-salins à 27° ou 28°, pris pendant les règles par des malades atteintes d'affections gynécologiques, agissent comme un excellent sédatif ; la quantité de sang perdu n'est pas modifiée, ou bien est légèrement diminuée. En se basant sur ces résultats, l'auteur a cherché à savoir quelle sera l'influence, sur la menstruation, des bains à température plus élevée, car ce sont surtout ces derniers qu'on a l'occasion de recommander en gynécologie. Comme dans les affections utéro-annexielles, les ménorragies sont très fréquentes et très douloureuses, et comme on a, en général, l'habitude d'interrompre les bains pendant l'époque menstruelle, par crainte d'hémorragie plus grave, on voit quel est l'intérêt de la question.

Mais dans cette nouvelle série de recherches, M. Mironoff ne faisait prendre à ses malades que des bains chauds simples, c'est-à-dire sans alcalins ni sels, de sorte que leur effet était bien dû à la température seule; d'autre part, comme des bains entiers de 31° à 32° Réaumur affaiblissent beaucoup, il ne leur faisait prendre que des demi-bains. Après ces demi-bains la réaction se montre cependant sur tout le corps et dure environ trente minutes.

Il résulte des 20 observations rapportées par l'auteur, que les bains chauds, pris pendant la menstruation, n'augmentent nullement la quantité de sang perdu, mais, au contraire, la diminuent souvent. En même temps, ils calment les douleurs qui accompagnent les affections inflammatoires de l'appareil génital. Ils sont donc d'une réelle utilité, aussi bien pendant la période menstruelle, qu'en dehors d'elle. (*Ejendelnic*, 1895, n° 22.)

Traitement des affections du foie par le calomel.

Le calomel s'est montré très actif dans le traitement des affections cardiaques, avec hydropisie, tandis qu'il a échoué contre l'ascite d'origine rénale. Quant à son influence sur l'ascite survenant à la suite des affections hépatiques, les avis des auteurs sont encore très divisés. Aussi est-il intéressant de rapporter les résultats obtenus, sous ce rapport, par P. Palma. Les cas observés par lui peuvent être groupés sous les trois chefs suivants : 1° affections hépatiques avec ascite ; 2° affections hépatiques sans ascite, et 3° affections hépatiques secondaires.

1° Sur les 6 cas de cirrhose hépatique, avec ascite, soumis au traitement par le calomel, l'auteur a vu la diurèse augmentée considérablement dans 4 cas, en même temps que disparaissaient ou s'atténuaient notablement tous les autres symptômes morbides. Au contraire, dans les 2 cas restants, l'effet obtenu ne fut que médiocre. Il est assez probable que la raison de ces insuccès est attribuable à ce que les lésions étaient déjà par trop avancées.

2° Dans 2 cas d'affection hépatique sans ascite (cirrhose hypertrophique, 1 carcinome primaire de la vésicule biliaire et carcinome hépatique secondaire), l'auteur a constaté les mêmes effets qu'a déjà signalés Jendrassik : la polyurie, provoquée par le calomel, est en somme assez modérée.

3° Enfin, dans un cas d'affection hépatique se-

---

cheur d'impressions, tandis que le palais de Sa Majesté est blasé sur les truffes.

« Tout mal, ici-bas, se compense par un bien, et, tout bien qui s'étale est atténué par un mal qu'on ne voit pas. Dieu a mille moyens de faire des compensations ; s'il a donné à l'un de bons dîners, à l'autre il donne un peu plus d'appétit et cela rétablit l'équilibre. Au riche il a donné la crainte de perdre, le souci de conserver et au gueux l'insouciance. En nous envoyant dans ce lieu d'exil il nous a fait à tous un bagage à peu près égal de misères et de bien-être. »

A diverses reprises, *l'oncle Benjamin* vous conseille de ne pas vous alarmer des petits déboires inévitables de la profession, de réserver sous votre toit, comme aux hirondelles, une place à la gaiété, ce bien que l'Auteur de toute choses a donné aux humains pour les consoler de leurs misères, « comme il a fait certaines herbes pour fleurir entre les pavés qu'on foule aux pieds, certains oiseaux pour chanter sur les vieilles tours, comme il a fait la belle verdure du lierre pour sourire sur les masures qui font la grimace ».

Faites comme lui si votre escarcelle n'est pas bien garnie ; dites à la fortune : « Je ne me courberai pas sous ta main ; je mangerai mon pain dur aussi fièrement que le dictateur Fabricius mangeait ses raves ; frappe tant que tu voudras, je répondrai à tes flagellations par des sarcasmes ; je serai comme l'arbre qui fleurit quand on le coupe par le pied ! »

Cette indépendance de caractère, cette résignation, lui paraissent préférable à l'indépendance des jeunes gens qui font des mariages d'intérêt ou contre leurs penchants : « Les imprudents, ils ne savent pas ce que c'est pour une femme, qu'un mari qu'elle n'aime pas. C'est un fétu ardent qu'elle ne peut chasser de son œil ; c'est une rage de dents qui ne lui laisse pas un moment de repos. Quelques-unes se laissent mourir à la peine ; d'autres vont chercher ailleurs l'amour qu'elles ne peuvent se procurer avec le cadavre auquel on les a attachées. Celles-ci glissent doucement à cet époux fortuné une pincée d'arsenic dans son potage et font écrire sur sa tombe qu'il laisse une veuve inconsolable. »

Il y aurait évidemment beaucoup moins de neurasthéniques, si, comme il le conseille, on s'efforçait d'éviter les surexcitations de tout ordre, qui contribuent à semer la vie d'épines, car « la sensibilité est le don de souffrir ; être sensible, c'est marcher pieds nus sur les cailloux tranchants de la vie, c'est passer à travers la foule qui vous heurte et vous coudoie, une plaie vive au côté. Ce qui fait le malheur des hommes, ce sont les désirs non satisfaits. Or, toute âme qui sent trop, c'est un ballon qui voudrait monter au ciel et qui ne peut dépasser les limites de l'atmosphère. »

Ce brave oncle Benjamin devait avoir éprouvé bien des déceptions dans ses relations pour écrire ceci : « Pour un ami qui nous aime loyalement et sans arrière-pensée, nous avons vingt ennemis cachés dans l'ombre, qui attendent en silence, comme un chasseur en embuscade, l'occasion de nous faire du mal. »

Evidemment, les rapports confraternels n'étaient pas plus suaves autrefois qu'aujourd'hui et il n'avait aucune illusion, à ce sujet.

S'il se contentait d'avoir quelques rares amis, bien éprouvés, il ne regrettait pas davantage de n'avoir que peu de parents : « Une famille vous gêne, vous contrecarre de mille façons ; il faut que vous obéissiez à ses idées et non aux vôtres ; vous n'êtes pas libre de suivre votre vocation, et dans la voie où elle vous jette, souvent dès le premier pas vous vous trouvez embourbé. »

condaire (carcinome primaire du pylore et cancer du foie secondaire avec atrophie du parenchyme hépatique) avec ascite considérable, l'action diurétique du calomel fut extrêmement accusée. Il va sans dire que la malade succomba en fin de compte, mais grâce au calomel, ses souffrances furent énormément soulagées et, de plus, la disparition de l'ascite permit d'établir un diagnostic ferme.

Comme effet secondaire fâcheux, on n'a noté que dans un cas une stomatite qui céda rapidement à un traitement approprié. On se rendra maître, avec la teinture d'opium, de la diarrhée qui survient parfois.

Le meilleur mode d'administrer le calomel, c'est de le prescrire pendant trois jours consécutifs, en cachets de 2 décigrammes, dont on prendra trois par jour. On suspendra le médicament pendant un à deux jours, pour le reprendre ensuite pendant trois jours et ainsi de suite.

On voit donc que le calomel rendra des services signalés dans le traitement des affections hépatiques avec et même sans ascite, ainsi que dans les affections secondaires du foie. *(Le Formulaire.)*

Intoxications guéries par les injections de sérum.

Nous avons déjà parlé du lavage du sang et des injections de sérum dans les intoxications par la strychnine. Voici un nouvel exemple de l'utilité de cette curieuse méthode, dans une intoxication par le sublimé : MM. *Fagart* et *Boisleux,* ayant eu à traiter une femme qui, volontairement, avait absorbé près de 15 grammes de sublimé, et ne pouvant donner ni albumine, ni lavages stomacaux, ils eurent recours aux injections, sous la peau, du sérum naturel de veau stérilisé dans l'autoclave à 120°. 4 injections de 65 centimètres cubes donnèrent à cette malheureuse une survie de 14 jours. Les déjections et les urines n'ayant plus présenté de traces de sublimé, on avait cessé trop tôt les injections de sérum. M. Fayart ne regrette qu'une chose, c'est de n'avoir pas continué les injections à la dose de 20 centimètres cubes répétées plusieurs fois par jour, les jours suivants.

En ce qui concerne le sérum albumineux soluble et son action comme antitoxique, il agit surtout comme tonique pour relever les forces des malades anémiées par une forte maladie ou épuisées à la suite des opérations, et des hémorragies survenant au moment de la délivrance ou des suites de couches.

Il est un fait à noter, c'est la *rapidité* avec laquelle se *résorbe le sérum ainsi injecté.* Cette résorption se fait *aussi vite* que s'il s'agissait d'une injection d'*eau distillée.*

CHIRURGIE PRATIQUE

De l'hydrocèle vaginale.

L'hydrocèle est l'épanchement séreux dans la tunique vaginale chroniquement enflammée; c'est une vaginalite chronique séreuse.

Il existe des hydrocèles symptomatiques d'une maladie du testicule ou de l'épididyme ; mais ne nous occupons ici que de l'hydrocèle dite idio-

---

C'est le cas des médecins doués, qui avaient tout ce qu'il faut pour réussir à la ville, pour suivre la laborieuse et brillante carrière des concours, et qui sont allés s'enterrer dans quelque trou sauvage, pour complaire à leurs géniteurs, qui réclamaient avec instance le retour de l'enfant prodigue.

Nos confrères qui font de la politique, et, presque toujours dans une teinte plus ou moins écarlate, apprendront avec plaisir, surtout s'ils ont à souffrir du voisinage de quelque hobereau prétentieux, que le docteur Benjamin était très démocrate et se moquait volontiers des nobles courtisans, que leur *de* ne préservait ni de la colique, quand ils avaient trop dîné, ni de l'ivresse quand ils avaient trop bu. A ses yeux, leur supériorité n'était établie que par les lettres patentes du roi et il ne se gênait pas pour remettre à leur place les descendants de tel vilain fait comte par Henri IV, parce qu'il avait servi une bonne oie à Sa Majesté : « Ils ont beau être riches, tous ces grands messieurs, il faut toujours qu'ils aillent où nous allons ; ils ont beau s'attifer de velours et de taffetas, leur dernier habit, ce sont toujours les planches de la bière ; ils ont beau soigner et parfumer leur peau, les vers de la terre sont faits pour eux comme pour nous. »

Il se montre du reste également sévère contre les perturbateurs, qui méprisent la cause et mettent l'effet à profit : « Ils veulent que les grands chemins soient sûrs, et ils font fi des gendarmes ; ils sont charmés qu'on les débarrasse des assassins et ils marquent le bourreau d'infamie ; quand ils ont été volés, ils veulent qu'on leur retrouve le voleur avec leur argent dans sa poche, et, pour salaire, ils n'accordent à la police que l'injure et le dédain. »

Notre ami, car je suppose qu'il vous a conquis, comme il m'a charmé, ne redoutait rien, pas même la mort, qu'il avait souvent entrevue au chevet de ses clients et il lui importait peu d'arriver au terme fatal, à petits pas ou d'une seule enjambée : « Ne vaut-il pas mieux s'arrêter quand le chemin est pavé d'herbes et de fleurs, que le soleil est chaud et rayonnant, que les haies sont pleines d'oiseaux, que d'aller jusqu'à ce que le sol se couvre de boue et que viennent la neige et la pluie ? — Est-il décent de se présenter à Dieu ployé sur des béquilles, décrépit, branlant, éraillé ? N'est-ce pas humiliant d'être obligé de lui dire, quand il vous reproche vos peccadilles de l'autre monde : « Pardon, seigneur, je n'ai pas entendu. »

N'allez pas croire que cet excellent oncle Benjamin fut insensible ; il s'apitoyait tout comme un autre sur la place vide laissée dans les foyers amis, sur le tertre de gazon, où on vient verser de pieuses larmes, à la Toussaint. Il savait fort bien qu'il n'y a pas de foule, si rose et si dorée qu'elle paraisse, qui ne soit tachée de noir ; il n'ignorait pas que les yeux de l'homme ont été faits bien moins pour voir que pour pleurer et que toute âme a sa plaie, comme toute fleur a son insecte qui la ronge ; mais, dans sa robustesse physique et morale, il aimait à reconnaître que dans le chemin de la vie, Dieu a mis aussi l'oubli qui suit à pas lents la mort et que ce consolateur efface les épitaphes qu'elle a tracées et répare les ruines qu'elle a faites.

Je terminerai par cette pensée consolante, et je forme des vœux, chers confrères, si quelque sombre rêverie enveloppait votre esprit comme d'un linceul, si quelque chagrin avait assombri vos jours, pour que le souvenir du passé ne tarde pas trop à s'effacer et devienne sans amertume !

Dr Grellety (de Vichy).

pathique, qui n'est qu'en apparence primitive, car, presque toujours, une lésion de l'épididyme est le point de départ de l'épanchement. La cause directe est l'inflammation de la séreuse. Cette inflammation peut être provoquée par des facteurs très différents : les kystes spermatiques, les hernies inguinales, les traumatismes, etc. Mais toutes ces causes paraissent n'agir que par l'intermédiaire de la glande : une épididymite serait constante, et quand l'épanchement est assez peu abondant, il serait toujours permis de trouver cet organe augmenté de volume, douloureux au début, plus tard épaissi et induré.

L'hydrocèle rhumatismale elle-même serait due à une poussée inflammatoire du côté de l'épididyme.

La syphilis a pu être incriminée dans certains cas, ainsi que la tuberculose, surtout dans les hydrocèles à répétition. Très fréquente sous nos climats, cette affection l'est encore plus dans les pays humides et chauds : en Egypte, au Brésil, etc.

Nous serons bref sur les lésions que l'on trouve et qui sont bien connues depuis que l'on va disséquer la vaginale comme moyen thérapeutique. On trouve, au début, cette séreuse distendue, lisse, peu vasculaire, légèrement épaissie.

Elle est quelquefois cloisonnée par des adhérences qui partent le plus souvent de l'épididyme, et forment des loges indépendantes ou communiquant entre elles ; ou bien on trouve des brides tendues, solides et dures, entre la paroi et l'albuginée.

Dans les épanchements anciens, la vaginale est épaissie, indurée, doublée de plaques épaisses. Ces cloisonnements expliquent les hydrocèles multiloculaires.

Le liquide est variable comme quantité et qualité. Sa quantité varie de quelques grammes à plusieurs litres ; des observations citent 20 et 25 litres. La moyenne oscille entre 80 et 30 grammes. Il est d'une couleur jaune citrin le plus souvent, mais il peut être presque incolore ou, au contraire, passer au rose, au brun, au marc de café. Très fluide d'ordinaire, il est quelquefois sirupeux.

Enfin il est parfois blanc, de là le nom d'hydrocèle graisseuse, laiteuse, chyleuse. La pathogénie de cet épanchement n'est pas encore établie. Le plus souvent, surtout aux pays chauds, l'hydrocèle laiteuse serait due à la présence dans le sang d'un parasite, la filaire du sang. Pour M. Le Dentu, cette théorie ne saurait convenir à tous les cas, surtout sous nos climats où il faut avouer que, bien souvent, une explication est encore à trouver.

Le liquide peut être gélatineux, semblable à la gelée au kirsch, à la matière colloïde que l'on trouve dans certains kystes de l'ovaire.

L'analyse chimique du liquide de l'hydrocèle a prouvé qu'il est d'origine inflammatoire, mais sa composition dans les différents cas n'a jamais permis d'établir un rapport de cause à effet avec les différentes pathogénies qui ont été invoquées.

La symptomatologie de l'hydrocèle est d'une rare simplicité. Le scrotum est augmenté de volume, d'un seul ou des deux côtés et forme une tumeur ovoïde, quelquefois bilobée, le faisant ressembler et comparer à un œuf, un melon, un haricot, à une calebasse surtout, expression devenue classique. La peau est distendue, mais non modifiée comme couleur, chaleur.

La tumeur est régulière, lisse ; on trouve cependant quelquefois des bosselures grosses comme un pois ou une noisette, dues au développement exagéré d'une loge, dans les hydrocèles multiloculaires.

La tumeur est *fluctuante*, mais on a rarement la sensation de flot, car la poche est résistante et tendue. Si une main englobe la tumeur passivement, la pression de l'autre main active se transmet aussitôt à la première.

La tumeur est *transparente* à un rayon solaire, à la flamme d'une bougie ; un stéthoscope facilite encore cette manœuvre. Mais ce signe peut faire défaut quand le scrotum est épaissi, ou que le liquide est trouble, ou que la poche est à plusieurs loges.

Pour reconnaître la position du testicule au sein du liquide, la transparence est un moyen infidèle. C'est par la palpation qu'on arrive, généralement en arrière et en dedans, à sentir un petit corps résistant ou une pression provoque une douleur : s'il y a inversion testiculaire, la douleur sera provoquée en avant et en dehors.

L'hydrocèle n'est pas douloureuse ; elle peut devenir gênante et par son volume et par son poids. Les fonctions génitales peuvent être entravées par la distension du fourreau de la verge qui peut s'enfoncer jusqu'à disparaître sous la masse scrotale, gênant même la miction. Les troubles fonctionnels sont donc secondaires et d'ordre purement mécaniques.

La marche est lente et chronique ; souvent un épanchement reste stationnaire pendant des mois et des années, pour grossir souvent tout à coup sous l'influence d'un trauma quelconque ou d'une ponction.

La guérison spontanée, quoique constatée, est infiniment rare. Elle pourrait se réaliser peut-être par la rupture de la vaginale qui se produirait sans être provoquée. Cette rupture a lieu en haut et en avant-là où la vaginale offre le moins de résistance.

Le malade éprouve une douleur subite et variable d'intensité, le scrotum gonfle, devient œdémateux, puis ecchymotique ; l'infiltration gagne le pénis, les aines, le bas-ventre, et l'hydrocèle disparaît, le liquide gagnant les mailles du tissu cellulaire.

Le plus souvent la guérison ne s'ensuit pas, car la déchirure s'oblitère et la collection se reforme. Aussi cette complication est-elle, plutôt qu'un mode de guérison, une indication immédiate à l'intervention.

Il existe de grandes variétés d'hydrocèles.

Nous avons déjà vu les hydrocèles multiloculaires, diverticulaires ; les hydrocèles chyleuses, laiteuses, etc.

Plus intéressantes à étudier sont les hydrocèles infantiles et l'hydrocèle dite congénitale. Nous dirons un mot de l'hydrocèle chez la femme.

L'*hydrocèle infantile*, dont la pathogénie n'est pas tout à fait élucidée, peut être attribuée à un trauma subi par l'enfant au cours du travail. Sa durée est courte et sa disparition spontanée. Elle est semblable à celle de l'adulte, en ce sens que la tunique vaginale est parfaitement fermée.

L'*hydrocèle congénitale* n'est pas une hydrocèle ; si on voulait lui donner un nom en rapport avec son origine, on l'appellerait tout simplement

hydropisie péritonéo-vaginale, ou mieux, avec Chassaignac, l'hydrocèle péritonéo-vaginale, car ce n'est en réalité qu'une accumulation dans la tunique vaginale d'une sérosité venant du péritoine. Ce qui a fait donner à cette affection le titre de congénitale, c'est qu'elle est sous la dépendance d'une disposition congénitale, et non parce que la tumeur existe à la naissance, ce qui n'est pas toujours vrai.

Quoi qu'il en soit, l'hydrocèle péritonéo-vaginale diffère radicalement des autres hydrocèles et mérite d'être étudiée avec quelques détails.

La lésion principale est une malformation, un arrêt de développement. Le testicule descend dans les bourses en entraînant avec lui le feuillet pariétal du péritoine qui s'invagine en doigt de gant dans l'intérieur du canal inguinal et va former la vaginale.

Le canal intermédiaire s'oblitère peu à peu, pour laisser à sa place un cordon fibreux très mince, le ligament vaginal. A la naissance la communication entre le péritoine et la vaginale existe encore, mais l'oblitération est rapide dans les jours qui suivent. Cependant, elle peut ne pas se produire, le canal vagino-péritonéal persiste chez l'enfant, chez l'adulte et chez le vieillard. Dans ces cas on aura une hydrocèle péritonéo-vaginale. La largeur de la communication est variable ; nous n'insisterons pas sur ses caractères, son étendue, sa forme, etc. Notons seulement la fréquence de l'ectopie du testicule qui est le plus souvent retenu à l'anneau inguinal.

Donc l'hydrocèle dite congénitale est *de tous les âges* ; toutefois c'est entre trois et dix ans qu'on la rencontre très fréquemment. On a remarqué que c'était surtout chez des enfants malingres, chétifs.

Les dimensions sont en général modestes, ne dépassant guère le volume d'une noix, du moins chez l'enfant, car chez l'adulte elle peut comme volume, atteindre celui de l'hydrocèle vaginale ordinaire.

Les signes sont les mêmes, sauf un qui est fondamental : c'est la *réductibilité*. Elle varie avec la largeur de l'orifice de communication ; elle peut être spontanée dans la position déclive ; on la provoque par la pression ; mais dans la position verticale, la tumeur reparaît aussitôt, aussi ne faut-il pas oublier que l'on doit toujours examiner une hydrocèle, le malade étant dans la position horizontale. La toux, un effort modifient le volume de l'hydrocèle ; à la palpation, on obtient ainsi une impulsion analogue à celle que donne une hernie.

La transparence n'a ici qu'une importance secondaire, car souvent la tumeur est trop petite pour être ainsi examinée.

La marche est chronique ; la pression spontanée relativement fréquente, surtout chez l'enfant. par l'oblitération du canal vagino-péritonéal, ce qui prouve bien que le péritoine est dans cette affection la source du liquide, tandis que la vaginale n'est que le réservoir où il vient s'accumuler.

Cette affection est bénigne ; elle mérite l'attention du médecin et son intervention surtout, parce qu'elle appelle une hernie, et non par la gêne, en général minime, qu'elle provoque. L'opération ne doit pas être hâtive, car la guérison spontanée est loin d'être rare.

On a désigné sous le nom d'*hydrocèle de la femme* un kyste séreux de la grande lèvre.

Le péritoine envoie dans celle-ci comme dans le scrotum un prolongement qui traverse le trajet inguinal : c'est le canal de Nück. Ce prolongement peut être, comme chez l'homme, le siège d'un épanchement, tantôt communiquant avec la cavité abdominale, tantôt enkysté si l'orifice supérieur du canal de Nück s'est oblitéré. M. Duplay n'admet pas cette pathogénie ; pour lui, les soi-disant hydrocèles de la femme seraient des kystes sacculaires d'origine herniaire.

D'abord développés dans la moitié supérieure de la grande lèvre, les kystes séreux finissent par la remplir. C'est alors une tumeur molle, fluctuante, irréductible, dont le pédicule semble se diriger vers le canal inguinal. En général, le liquide est transparent ; quelquefois il est foncé et hématique.

La marche est extrêmement lente ; l'extirpation est le traitement de choix.

Le diagnostic de l'hydrocèle n'offre pas en général de difficultés. La seule affection avec laquelle on pourrait confondre cette tumeur fluctuante, transparente, est le *kyste spermatique.*

Mais la position du testicule permet le plus souvent de lever les doutes. Dans les kystes spermatiques la glande est en bas, au-dessous de la tumeur que forme l'hydrocèle faisant saillie sur elle, si bien que l'ensemble ressemble à une brioche renversée. D'ailleurs, en cas de doute, une ponction capillaire avec la seringue de Pravaz permet de retirer le liquide citrin de l'hydrocèle, ou le liquide savonneux, comme graisseux, du kyste spermatique, où le microscope pourra au besoin retrouver le spermatozoïde.

Mais dans les hydrocèles à paroi épaissie, ou à liquides très denses, la transparence disparaît, et on songe à une *hématocèle.*

La ponction ici, aussi, lèvera le doute.

Le diagnostic devient plus délicat dans les cas complets ou une hydrocèle se complique, soit d'un sac herniaire déshabillé et plein de liquide, soit d'un kyste spermatique ou d'un kyste du cordon.

Dans ces cas une poche vidée, par la ponction, l'autre demeure et le diagnostic est fait.

L'hydrocèle congénitale ne sera pas confondue avec *une hernie*. La consistance, le gargouillement, la sonorité, les commémoratifs permettront de ne pas confondre les deux affections.

Il est plus délicat de distinguer l'hydrocèle congénitale de l'*hydropisie d'un vieux sac herniaire*. Il est dans ces cas, quoi qu'on en dise, à peu près impossible de savoir si le testicule est ou n'est pas englobé dans la collection liquide, qui peut d'ailleurs descendre jusqu'à la partie inférieure du scrotum. Le diagnostic pourra donc rester hésitant, mais les traitements ne diffèrent pas.

Si l'hydrocèle n'offre aucune gravité, elle n'est pas moins une affection sérieuse par son volume, la gêne qu'elle apporte à la marche et à différentes fonctions. De plus, elle ne guérit jamais spontanément ; elle peut amener à la longue des troubles de la spermatogénèse, ainsi que l'a démontré M. Lannelongue ; elle se transforme enfin quelquefois en pachyvaginalite.

Toutes ces raisons justifient, imposent même un traitement chirurgical.

Les trois procédés le plus fréquemment employés aujourd'hui sont : la ponction avec l'injection iodée, la ponction avec la cautérisation au nitrate d'argent et l'incision.

Pour faire la ponction et l'injection iodée on procède de la façon suivante : Le malade est couché. Le scrotum est lavé au savon et à la brosse, mais avec une solution antiseptique faible, en évitant l'acide phénique, puis avec l'éther. Le chirurgien, les mains lavées suivant les préceptes habituels, s'assure à nouveau de la position du testicule, saisit et immobilise la tumeur de la main gauche pour éviter le glissement des téguments sur la vaginale distendue. Le trocart flambé et qui a séjourné dans une solution antiseptique est d'un calibre moyen ; il correspond au n° 12 ou 15 de la filière Charrière. La ponction est faite en un temps, en avant et en haut de la tumeur, sauf dans le cas d'inversion testiculaire.

Le liquide s'écoule ; quand il s'arrête, on applique le doigt sur la canule pour éviter l'entrée de l'air et on injecte la teinture en quantité suffisante pour remplir la vaginale sans la distendre. Le liquide à injecter est celui-ci :

Teinture d'iode.........	60 grammes.
Iodure de potassium....	2 grammes.
Eau distillée............	20 grammes.

Pour pratiquer l'injection on emploie soit la seringue dite à hydrocèle, non métallique, soit, comme le professeur Guyon, un petit entonnoir adapté à la canule tenue verticalement et dans lequel on verse la solution. On malaxe légèrement avec les doigts les bourses, puis on évacue le liquide, on retire la canule et on obture la plaie avec du collodion ou du stérésol. Les bourses sont maintenues soulevées avec un tampon de ouate, ou une plaque en carton, ou avec un spica ouaté qui exerce une légère compression qui hâte la cure.

Le scrotum devient douloureux, œdématié, les bourses reprennent leur volume comme avant l'évacuation, pendant 6 ou 7 jours, puis tout s'atténue progressivement et la guérison est obtenue en 2 ou 3 semaines.

Le seul reproche sérieux qu'on ait pu adresser à l'injection iodée est l'accident qui consiste à injecter la teinture d'iode dans l'épaisseur des lames celluleuses des bourses où elle provoque un phlegmon. L'usage de l'entonnoir à la place de la seringue a précisément pour but d'éviter cet accident. Un autre inconvénient de l'injection iodée est la douleur qu'elle provoque. Pour diminuer cette douleur, on a conseillé l'usage de la cocaïne. On commence par ponctionner la tumeur à l'aide d'une seringue de Pravaz pour retirer une quantité de liquide que l'on remplace par une quantité un peu moindre d'une solution de cocaïne exactement titrée de façon à ne pas dépasser la dose de 4 à 8 centigrammes, suivant le volume de la masse liquide. C'est ce procédé que M. le Dr Nicaise a donné, procédé qui a d'ailleurs été exposé dans ce journal (n° 27, année 1895).

La ponction étant faite ainsi que nous venons de le voir, on peut employer le nitrate d'argent en cautérisation. Pour cela, dans l'extrémité de la rainure d'une sonde cannelée, on fait fondre à la flamme une petite quantité de nitrate d'argent solide et que l'on promène ensuite sur la vaginale.

Nous ne faisons que signaler un nouveau procédé de traitement par les courants continus. On ponctionne la tumeur, on injecte une solution d'iodure de potassium et on met celle-ci en communication avec le pôle positif, l'autre électrode étant appliquée sur la cuisse ; l'iode naissant se dépose sur les parois.

L'intervention vraiment chirurgicale est l'incision large. Après les précautions aseptiques et antiseptiques parfaites, on incise sur la face antérieure du scrotum depuis l'anneau inguinal jusqu'à la partie la plus déclive. La vaginale, mise à nu, est incisée au bistouri ; les ciseaux font à la vaginale une ouverture aussi étendue que celle des téguments. Le liquide est évacué ; la glande et l'épididyme examinées ; on fait l'ablation des fausses membranes, kystes, corps étrangers. Puis on lave avec une solution phéniquée à 3 pour 100, ou avec de la liqueur de Van Swieten ; parfois on résèque la vaginale soit en laissant ce qu'il faut pour encapuchonner la glande, soit totalement, car les suites sont, d'après de récentes expériences, tout aussi heureuses si la vaginale est complètement enlevée. On suture la vaginale, si on en laisse, au catgut, et la peau, au crin de Florence. Un drain sera mis à la partie déclive ou supprimé si l'on est sûr de son asepsie au cours de l'intervention.

La ponction avec injection iodée est applicable à la grande majorité des hydrocèles d'un volume moyen et peu anciennes.

L'ouverture large a ses indications précises que l'on peut résumer ainsi. On traitera par l'incision et la dissection de la vaginale :

1° Les hydrocèles à cavités multiples ;

2° Les hydrocèles compliquées d'un corps étranger ou d'une altération de la glande ;

3° Celles qui ont été déjà traitées sans succès par l'injection iodée ;

4° Enfin les hydrocèles anciennes à parois indurées, ou très volumineuses.

Ces deux méthodes, loin de s'opposer, se complètent, et le praticien doit être prêt à les faire l'une ou l'autre, suivant les indications.

Quant à l'hydrocèle péritonéo-vaginale, on peut employer le système des injections en comprimant momentanément le canal inguinal ou de préférence recourir à l'incision, qui permettra, comme pour l'hydrocèle simple, de disséquer la vaginale si elle est malade, ou de lier simplement le canal péritonéo-vaginal si la séreuse est intacte, ce qui est le cas le plus fréquent.

A. Pascal,
Interne des hôpitaux.

FAITS CLINIQUES

Un méfait possible de l'Iode.

Je n'en fais pas le bouc émissaire unique de la situation. Dans quelle proportion est-il entré dans le délit ; c'est ce que les observations ultérieures pourront établir. Je crois de mon devoir, toutefois, de signaler pour le moins une coïncidence dans la direction pathologique imprimée à un malheureux malade, atteint, depuis 18 ans, par une atrophie glandulaire qu'il a amenée, ou ai-

dée, et dont les conséquences ont été un calvaire de dix-huit années. Une résurrection, après une disparition presque totale du monde des vivants, après dix-huit ans, n'est pas banale, et c'est á ce titre que je prends la plume, pour en faire part à mes honorables confrères du Concours.

Le nommé G. a 40 ans ; il habite un village des environs de Surgères. A 19 ans, il prépare son volontariat ; il se surmène intellectuellement ; d'un autre côté, la crainte d'échouer suractive les sphères émotives. Soldat, à 20 ans, il contracte une pleurésie gauche ; à la suite de cette pleurésie il engraisse d'une façon notable ; les forces musculaires marchent en sens inverse. Il se fatigue aisément (parésie médullaire). Sa mémoire diminue un peu, mais il n'a ni hébétude, ni chute des poils ; les ongles restent solidement attachés et ne présentent aucun phénomène trophique. Il consulte, á ce moment, un de mes anciens maîtres d'une ville voisine, praticien très distingué, mort depuis. Très partisan de l'iode, devant cet engraissement consécutif à une pleurésie, accompagné d'un déchet musculaire si accusé, il lui prescrit, sans hésitation, et à cette époque qui eût hésité ? trente gouttes de teinture d'iode, à prendre tous les jours, pendant un mois. Au bout du mois le malade, qui allait de mal en pis, se présente á mon examen, et voilà ce qu'il me raconte : « Ma maladie a commencé, dit-il, tout d'un coup, par une secousse brusque á la tête, un serrement violent des tempes et un besoin subit d'uriner et d'aller à la selle ; ma vue se trouvait très irritée et il me semblait que les yeux allaient me sortir de la tête. Il m'est impossible de supporter la lumière ; le moindre son me surexcite et il en résulte une sensation d'épuisement que je ne saurais rendre. » Mon diagnostic est bientôt fait : Parésie médullaire, parésie cérébrale. Le malade marche, mais se fatigue vite ; il ne peut lire sans une fatigue énorme ; toute conversation l'épuise ; tout bruit l'excite et le jette, par contre coup, dans l'abattement. La vessie fonctionne, ainsi que l'intestin, avec des intermittences de constipation et de diarrhée. Il veut les volets fermés, constamment, en raison de l'irritabilité de sa rétine ; il faut lui parler à voix basse ; il n'y a point d'exorbitisme ni de goître ; le pouls est fréquent, sans fièvre (tachycardie) ; pas de bondissement du cœur appréciable ; pas de sucre ; pas d'albumine ; pas de douleur fulgurante dans les membres, ni dans la ceinture ; pas d'ataxie dans la marche ; tous les organes sont nets et leur mensuration normale. L'ensemble est neurasthénique. Je ne constate chez lui aucun phénomène de spermatorrhée. Après quelques années d'un traitement impuissant, une idée fixe s'empare de lui. Il veut se faire maigrir à toute force. Accusé de granulie, en raison de l'amaigrissement énorme amené par l'idée fixe chez le malade de ne pas manger pour mieux guérir ; accusation formulée par deux confrères appelés en consultation de deux départements voisins, malgré mes protestations, et l'exposé du motif qui a amené ce dépérissement colossal. Je relève le moral de la famille et je tente un suprême effort pour arracher mon malheureux client au pronostic qui vient d'être prononcé et à l'idée lamentable qui s'est implantée dans son cerveau. « Mon cher ami, lui dis-je sans ambage, deux confrères distingués viennent de vous voir ; vous êtes condamné ; ils vous en donnent pour 48 heures (ce qui était vrai). Pour moi je ne vous crois pas poitrinaire ; vous mourez de votre idée. Si vous n'avalez pas ce beefsteak, ici présent, tous les jours, avec des féculents et quelques fruits cuits comme accompagnement, vous allez certainement donner raison à vos juges. »

L'argument présenté avec ce radicalisme fut trouvé bon. Un mois après le poitrinaire était sauvé ; mais ce qui ne l'était pas, c'était la locomotion ; les membres inférieurs étaient tombés dans une paraplégie flasque, presque complète. Il ne pouvait plus les soulever et c'est à peine s'il faisait glisser la plante des pieds sur le drap assez pour réaliser un angle obtus. Le ventre était énormément météorisé ; l'intestin, parésié et distendu, sonnait comme une outre. Tous les toniques, tous les phosphates et les glycéro, toutes les strychnées, tous les ferrugineux, tous les arsenicaux l'avaient traversé. Les injections hypodermiques lui avaient été prodiguées ; l'hydrothérapie avait été mise largement à contribution ; les courants continus et les courants induits avaient butté lamentablement.

En 38 jours, brusquement, à la suite de douleurs atroces, ce martyr d'une tropho-névrose d'ordre inconnu avait perdu toutes ses dents (á rapprocher de la chute des ongles et des poils dans le myxœdéme, et de la chute des dents, dans l'ataxie locomotrice, à la suite de douleurs fulgurantes de la mâchoire). A 40 ans ses mâchoires sont rasées comme un ponton ; il y avait donc dix-huit ans qu'il gisait dans son lit, dans le silence qu'il imposait à tous, dans la nuit dont il se voulait sans cesse entouré ; mécontent des médecins impuissants (et ils étaient légion, sa fortune le lui permettait), mécontent des sorciers impuissants eux-mêmes à réaliser une suggestion (ce qui prouve bien que le dernier moyen mis en œuvre n'a pas agi par ce mode thérapeutique) quand l'idée me vint brusquement que l'iode administré autrefois était, peut-être, la cause, ou du moins une des causes d'une maladie que je sentais n'être point une affection organique de la moelle épinière, puisque les viscéres régis par elle n'étaient point touchés ; que les eschares et l'atrophie des membres faisaient défaut. Je songeai à une action possible de l'iode sur la glande thyroïde, action ayant peut-être entraîné son atrophie, ou l'ayant complétée, déterminant un myxœdème fruste, bâtard, dont relevaient les phénomènes singuliers qui clouaient mon malade sur son lit depuis dix-huit ans. Le traitement par l'ingestion de thymus, complété, pour plus de facilité, par la thyroïdine, a été aussi foudroyant que révélateur. La motricité s'est animée peu à peu ; en un mois la paraplégie avait disparu, et aujourd'hui ce revenant de dix-huit ans, ce prisonnier volontaire des ténèbres, qui n'a jamais eu qu'une idée fausse, celle de Sangrado, de se guérir par la diète jusqu'à extinction, étonne tout le pays de sa locomotion exubérante et de son activité cérébrale qui dépasse certainement la moyenne. Est-ce un myxœdème spontané, l'iode est-il le fauteur premier ; n'est-il qu'un adjuvant dans ce cas ? Ce qui est sûr, c'est que les accidents ont surtout éclaté après son usage ; qu'il y a eu précipitation du mouvement morbide après l'emploi qui en a été fait pendant un mois ; qu'un

myxœdème, peu connu alors, a éclaté et que la thyroïdine a vaincu.

Au milieu de la jalousie des uns et de l'injustice des autres, il y a des heures consolantes en médecine ; ce sont celles où il est bien prouvé qu'on a été utile à un de ses semblables, en l'empêchant de mourir (inanition volontaire) et en lui rendant la vie sous une autre face, « le mouvement », puisque le « mouvement » c'est la vie.

Dr G. Reignier,
de Surgères.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

I

Honoraires médicaux. Privilège du médecin. Concurrence avec le propriétaire.

Le privilège spécial du propriétaire sur les meubles qui garnissent les lieux loués, devra-t-il primer les honoraires du médecin qui a prodigué ses soins ?

La question qui nous est ici posée par notre correspondant est trop importante pour que nous ne la développions pas complètement. Tous les jours cette situation se présente, et, faute de renseignements, bien souvent le médecin se trouve lésé par le propriétaire, dont les loyers absorbent tout l'actif du client.

Il ne suffisait pas que la loi accordât au médecin et au pharmacien une action en paiement de leurs honoraires et déboursés, il fallait encore leur assurer d'une manière efficace le recouvrement de leurs créances. Aussi l'article 2101 du Code civil porte que, parmi les créances privilégiées sur la généralité des meubles, on doit compter en troisième rang, les frais quelconques de la dernière maladie, quelle qu'en ait été la terminaison concurremment entre ceux à qui ils sont dus. Et l'article 2104 dispose que les privilèges, qui s'étendent sur les meubles et immeubles, sont ceux énoncés en l'article 2101. Les frais de la dernière maladie doivent donc être payés par privilège sur le prix, soit des meubles, soit des immeubles ayant appartenu au débiteur.

Néanmoins les médecins et pharmaciens ne pourraient demander à être payés sur le prix des immeubles, que dans le cas où le mobilier n'existerait pas ou serait insuffisant. C'est un principe qui ne fait aucun doute aujourd'hui. (Bruxelles, 21 avril 1810. Amiens, 24 avril 1822.) Mais s'ils produisaient à un ordre ouvert sur le prix des immeubles de leur débiteur, le juge devrait les colloquer éventuellement, sauf à leur impartir un délai pendant lequel ils seraient tenus de discuter le mobilier (Amiens, 24 avril 1822).

Le Code, dans les articles 2104 et 2105, a bien réglé le rang des privilèges généraux par rapport aux privilèges spéciaux sur certains immeubles, mais il a omis d'en faire autant par rapport aux privilèges spéciaux sur certains meubles. Que faudra-t-il donc décider, lorsque le médecin et le pharmacien se présenteront par exemple en concurrence avec le propriétaire de la maison, pour être payés sur le prix du mobilier ? Le privilège spécial du propriétaire sur les meubles qui garnissent les lieux loués devra-t-il primer les frais de dernière maladie et les autres privilèges établis par l'article 2101 ?

Trois systèmes se sont produits. Dans le premier, les privilèges généraux sur les meubles devraient toujours être classés avant les privilèges spéciaux sur certains immeubles, parce qu'il y aurait même raison de décider. Ce premier système paraît avoir réuni le plus grand nombre d'autorités.

Dans le second système, les privilèges spéciaux l'emporteraient toujours sur les privilèges généraux.

Tous les deux ont paru trop absolus. Ne serait-il pas choquant, d'une part, de voir, par exemple, l'aubergiste primé par d'autres créanciers, sur le prix des effets du voyageur transporté dans son auberge, et des animaux qu'il y a reçus et nourris, et, d'un autre côté, de voir les frais funéraires ou de dernière maladie ne passer qu'après un vendeur d'objets mobiliers qui aura laissé s'écouler plusieurs mois, peut-être plusieurs années, sans se faire payer sa facture !

Aussi s'est-il produit un troisième système intermédiaire qui fait dépendre la préférence, non pas de la circonstance que le privilège est général ou qu'il est spécial, mais du plus ou du moins de faveur que paraissent mériter les privilèges qu'il s'agit de classer. Et on en a conclu que la créance du locateur doit être classée *après* les frais funéraires, les frais de dernière maladie et les salaires domestiques.

Pour les frais funéraires, ce sont des considérations d'intérêt général qui doivent les faire passer avant la créance du locateur. Pour les frais de dernière maladie, ce sont des considérations d'humanité.

Si le premier devoir d'un médecin ou d'un chirurgien est de courir au secours d'un malade ou d'un blessé, s'il ne peut, sans manquer à la délicatesse, exiger qu'on le paie d'avance, il paraît équitable de ne pas le rendre victime de sa confiance, parce qu'il serait peu séant de l'obliger, avant de pénétrer dans l'appartement où il est appelé, de s'enquérir si le locataire a ou non payé son loyer. La loi doit une protection toute particulière aux personnes qui, vu les circonstances exceptionnelles dans lesquelles elles se sont trouvées placées, n'ont pu se protéger elles-mêmes.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Assistance médicale gratuite.

Nous continuons à insérer les doléances de nos confrères : elles servent à l'édification de tous en montrant comment les autorités locales comprennent l'application de la loi.

Cette fois, c'est le docteur Lepelletier, de Fleury-Vallée (Yonne), qui nous écrit :

Dans la commune où j'exerce la médecine, la liste des indigents inscrits et pourvus individuellement de leur livret, pour l'assistance médicale gratuite, était de 110 pour l'année 1895.

Pour l'année 1896, la liste officielle adressée à la Préfecture n'est plus que de 36.

Néanmoins, aucun livret n'a été retiré.

Au commencement de la présente année, j'exposai au maire l'irrégularité de la situation et il me répondit : « Continuez à donner vos soins à tous, comme l'année précédente ; il faudra bien que l'affaire s'arrange. »

Voilà les six premiers mois de l'année écoulés et rien de changé.

Dois-je, *sur la parole du Maire,* continuer à soigner les indigents, non inscrits, quoique pourvus de leur livret ?

Ne m'exposé-je pas, ce faisant, à rencontrer à la Préfecture des difficultés ou même le refus catégorique du règlement d'honoraires, pour les indigents non inscrits sur la liste officielle de 1896?

Dois-je, dès à présent, exiger la régularisation de la situation et comment ?

La réponse nous paraissait des plus claires, nous avons tenu néanmoins à soumettre la lettre de notre confrère à notre Conseil habituel.

Voici ce qu'il nous répond :

Le Dr Lepelletier a raison de se préoccuper de la situation irrégulière dans laquelle il fait le service d'assistance médicale gratuite.

La liste d'assistance doit comprendre d'après la loi *tous les noms* des privés de ressources appelés à recevoir gratuitement les soins des médecins. La confection et la revision de cette liste sont faites par le bureau d'assistance. Les médecins du service doivent, d'après l'art. 12, être convoqués aux séances. Vous verrez, d'après la récente circulaire du Ministre de l'intérieur, dont je vous adresse un exemplaire, que l'administration se préoccupe de l'exécution de cet article trop souvent méconnu. De plus, tous les habitants d'une commune ont le droit de réclamer contre les abus d'inscription ou les oubliés. Comme contribuable et comme médecin, le Dr L... a double titre pour réclamer contre la confection de la liste s'il la juge incomplète. Quant aux carnets de visite, ils ne lui créent aucun titre, la liste seule faisant foi au point de vue administratif. Il est à craindre que le paiement des honoraires lui soit refusé par la préfecture, malgré la parole du maire, à moins qu'il n'exige l'admission d'urgence sur la liste pour les malades pauvres non inscrits auxquels il sera appelé à donner ses soins.

Vous voyez donc que dans l'espèce, notre confrère ne doit s'en prendre qu'à son ignorance de ses droits, qu'il fera bien de faire valoir maintenant qu'il les connaît.

Voici la circulaire adressée aux Préfets par le ministre de l'Intérieur :

Paris, le 22 juin 1896.

Monsieur le Préfet,

Le service public d'assistance médicale gratuite institué par la loi du 15 juillet 1893 ayant commencé de fonctionner à la date du 1er janvier 1895, indiquée par le Gouvernement pour la mise en vigueur des règlements départementaux, les conditions d'application de cette loi doivent pouvoir être aujourd'hui appréciées en même temps que les comptes du premier exercice.

Un certain nombre de vos collègues ont, à ce sujet, présenté au Conseil général, lors de sa dernière session d'avril, à côté des documents indispensables à l'établissement du budget, d'intéressantes informations sur la pratique de l'assistance médicale gratuite, que j'ai décidé de réunir pour toute la France, afin d'être à même de suivre le développement du service dans l'ensemble des départements, et de renseigner au besoin le Parlement sur ses résultats administratifs et sociaux aussi bien que sur ses conséquences financières.

L'expérience, pendant une année révolue, des différences d'organisation par lesquelles s'est manifesté l'exercice du pouvoir réglementaire des assemblées départementales ne saurait d'ailleurs manquer de fournir des enseignements dont mon administration se propose de faire son profit, en vue de modifier, s'il y a lieu, celles de ses précédentes instructions qui avaient été inspirées par les organisations facultatives antérieures à la loi.

La formule ci-jointe, que je vous adresse en vous priant de m'en retourner le plus tôt possible un exemplaire dûment rempli, a été combinée pour répondre à une double destination. D'une part, vous avez à consigner dans des cadres invariables le maximum de renseignements compatible avec un compte moral commun à tous les départements. D'autre part, vous signalerez les particularités que présente le service dans votre département, y compris celles qui, sans caractériser une situation exceptionnelle, vous paraîtront néanmoins assez importantes pour figurer dans une étude générale.

Vos observations, divisées en trois parties comme les renseignements uniformes du tableau, pourront concerner soit l'ensemble du service organisé sous votre autorité, soit une ou plusieurs des organisations spéciales visées par l'article 35 de la loi de 1893, lesquelles, il convient de ne pas l'oublier, constituent des modes d'exécuter cette loi et non pas des moyens de s'y soustraire , c'est pourquoi, au surplus, je crois devenir exiger sur chacune d'elles des indications statistiques analogues à celles qui me seront fournies pour le service normal. En recueillant ces indications, faciles à contrôler puisqu'elles se réduisent à quelques chiffres correspondant à des données pratiques, vous aurez l'occasion de vous assurer que les communes désireuses de conserver une organisation spéciale remplissent d'une façon satisfaisante, après comme avant l'autorisation obtenue, leur devoir d'assistance envers leurs malades privés de ressources.

Je ne saurais trop vous recommander d'apporter un soin particulier à l'établissement de cette statistique. Vous devrez notamment faire ressortir toutes les dépenses de l'assistance médicale, en distinguant l'origine des fonds qui ont servi à y faire face, et comprendre en conséquence dans ce travail, pour l'exactitude duquel je m'en remets à votre appréciation personnelle, les sommes qui, par erreur ou par impossibilité de les faire figurer régulièrement, n'apparaissent pas dans le compte financier qui m'a été produit pour la justification des subventions dues par l'État. La sincérité de ce document donnera la mesure de l'exécution actuelle de la loi qui a créé l'obligation communale en matière d'assistance, et permettra de garantir son exécution dans l'avenir en précisant ce qui reste à faire pour que son but soit complètement atteint.

Pour le Ministre de l'Intérieur,

Le Conseiller d'Etat,
Directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques,
HENRI MONOD.

Ci-joint le Questionnaire.

DÉPARTEMENT DE

COMPTE MORAL DU SERVICE DE L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE.

1re *Partie. Organisation générale et fonctionnement du service.*

Questionnaire à remplir.

A. Le Conseil général avait-il organisé, avant la loi de 1893, un service public de médecine gratuite ?

B. Au 1er janvier 1895, combien existait-il de communes n'ayant pas demandé l'application de l'article 35 de la loi où le nouveau service ne fonctionnait pas encore ?

C. En général, les bureaux d'assistance se réunissent-ils régulièrement pour dresser et *reviser* les listes communales ?

D. Les médecins ou leurs délégués sont-ils toujours convoqués conformément à l'article 12 de la loi ?

E. L'Administration départementale s'assure-t-elle, et par quel moyen, que les listes d'assistance reçoivent la publicité prescrite par l'article 16?

F. Combien de commissions cantonales d'appel se sont réunies en 1895 ?

G. Combien de réclamations en inscription ont été présentées et combien ont été admises ?

H. S'est-il produit des réclamations en radiation et combien ont été admises ?
I. Existe-t-il une inspection départementale du nouveau service et qui en est chargé ?
J. Que coûte annuellement ce contrôle ?
K. Quelles sommes ont été dépensées en 1895 pour frais d'imprimés à l'usage exclusif de l'assistance médicale ?
L. Y a-t-il eu des frais de personnel nécessités par l'organisation du service ? Quel en a été le montant et sur quels crédits ont-ils été imputés ?
M. A quel chiffre total se sont élevées les réductions apportées en 1895 aux mémoires des médecins et pharmaciens sur la proposition de la commission de vérification ?

2e partie. Statistique administrative de l'Assistance médicale gratuite à domicile et dans les hôpitaux pour l'année 1895.

1° Nombre d'habitants d'après le recensement de 1891.
2° Nombre de personnes privées de ressources.
  A. Inscrites sur les listes d'assistance ;
  B. Admises en vertu de l'article 9 ;
  C. Admises par le Préfet en vertu de l'article 23.
3° Nombre des assistés malades et femmes en couches.
  A. Soignés dans le service de l'assistance à domicile ;
  B. Soignés dans les hôpitaux de rattachement.
4° Dépenses obligatoires de l'assistance à domicile.
  A. Honoraires des médecins et chirurgiens ;
  B. Honoraires des sage-femmes ;
  C. Médicaments et appareils.
5° Frais de transport à l'hôpital.
6° Dépenses d'hospitalisation.
7° Autres frais d'assistance médicale.
8° Ressources affectées à l'Assistance médicale.
9° Total des dépenses ordinaires.
10° Portion de ces dépenses couvertes par des impositions nouvellement créées.

3e partie. Organisation de l'Assistance hospitalière.

1° Etablissements désignés par le Conseil général.
2° Prix de la journée de maladie dans chacun de ces établissements.
3° Indication des travaux de construction, agrandissement et aménagement d'hôpitaux.
4° Montant des dépenses extraordinaires afférentes à ces travaux.

De tout ceci, il nous paraît ressortir, avec évidence, qu'en haut lieu on désire que le service de l'Assistance médicale fonctionne d'une manière régulière et sincère, mais que les administrations départementales et surtout communales visent trop souvent à éluder les prescriptions de la loi.

C'est à nous médecins d'empêcher ces violations des règlements : nous devons protester, signaler les abus chaque fois qu'ils se présentent. Les colonnes du *Concours* sont ouvertes à toutes les communications et, nous le répétons, en donnant sa publicité aux protestations de ses lecteurs, il renseigne, d'une part, l'administration supérieure et, d'autre part, en prévenant les médecins des autres régions, il rend la propagation de ces abus beaucoup plus difficile.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de l'arrondissement de Joigny.

23 *avril* 1896.

Présents : les Drs Leriche, *président* ; Longbois, *secrétaire* ; Legendre, Guyard, Boyer, Desleau, Guyon, Franchis, *membres du Syndicat* ; Grossier, Roché (de Saint-Sauveur), invités.

Excusés : les Drs Fort, Peltier, Bricard, Truchy, Michalski, Chamozzi, Bazot, Jacob, Boulland, Duran, Lepelletier, Roche (Charny), Toupance, Lesueur, Wateau, Ragon, Fournier, Esménard.

Les Docteurs Desleau et Gauchet de Champignelles, sont admis membres du Syndicat de l'arrondissement de Joigny.

Assistance médicale gratuite.

Le Dr Longbois, secrétaire, rend compte de la visite faite par le bureau du Syndicat au ministère de l'Intérieur. Le Dr Bazot, vice-président, n'ayant pu, au dernier moment, faire le voyage de Paris, les Drs Leriche et Longbois ont été présentés, le vendredi 13 mars 1896, à M. Monod, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au ministère par MM. les Drs Albert Le Blond, vice-président de l'Union des Syndicats médicaux de France et J. Noir, secrétaire de la Rédaction.

M. Monod, après avoir bienveillamment écouté les revendications du corps médical de l'arrondissement de Joigny au sujet de l'organisation de l'A. M. Gr. dans l'Yonne et l'exposé du conflit survenu entre l'administration préfectorale et le syndicat, nous a promis d'intervenir pour aplanir ces difficultés et soutenir nos revendications.

Nous avons eu ensuite un long entretien avec le secrétaire général de M. Monod et M. le Docteur L. Petit, délégué au contrôle de l'assistance médicale, au sujet de tous les services médicaux publics. Nous avons quitté le ministère en ayant la conviction qu'au département de l'assistance et de l'hygiène publiques on était très bien disposé en faveur du corps médical, mais que, là comme partout ailleurs, il fallait compter avec les exigences politiques et administratives.

Le vendredi 17 avril, M. le Préfet de l'Yonne recevait les membres du bureau de notre syndicat, MM. les Drs Leriche, Bazot, Longbois et Truchy (le Dr Bricard empêché) et très courtoisement écoutait les revendications du corps médical de notre arrondissement. M. le Préfet nous a dit tenir à être mis directement au courant de toutes les difficultés et de tous les incidents que nous croirions devoir lui signaler par la suite dans nos rapports médicaux avec l'état, le département ou les communes.

Comme conclusion à l'audience qui nous avait été accordée, les Drs Leriche, Bazot et Longbois ont été réintégrés, pour l'année 1896, sur les listes de l'A. M. Gr. au même titre et aux mêmes conditions que les confrères qui y figuraient déjà et avis en a été donné aux communes et aux pharmaciens intéressés.

Les confrères qui ne figureraient pas encore sur les listes d'assistance et qui désireraient y figurer, sont priés d'en faire la demande au Dr Longbois, qui fera le nécessaire auprès de l'administration.

Nous recevrons bientôt de M. le Dr Duché fils un rapport nous indiquant les modifications heureuses qu'il a pu obtenir au sujet du règlement de l'A. M. Gr. dans l'Yonne.

Depuis notre visite à Auxerre, un médecin étranger de notre arrondissement qui figurait sur les listes de l'A. M. Gr. en a été rayé.

M. le Dr Boyer (de Saint-Fargeau) a émis le vœu suivant :

Les médecins des hospices de l'arrondissement, recevant une très petite rémunération pour les soins donnés aux indigents de leur commune, désirent recevoir une indemnité pour les soins donnés aux hospitalisés étrangers, indemnité qui serait à la charge des communes auxquelles appartiendraient ces hospitalisés.

Ce vœu sera discuté en séance générale et fera partie du résumé de fin d'année sur l'A. M. Gr. ainsi que celui tendant à faire payer les voyages de nuit le double de ceux de jour et celui concernant le traitement des chroniques.

Le secrétaire,
Dr LONGBOIS.

REPORTAGE MÉDICAL

Association de la Presse médicale française

Secrétariat général, 14, boulevard Saint-Germain, Paris.

Réunion du 10 juillet 1896.

Le 10 juillet a eu lieu le trente-troisième dîner de l'Association de la Presse médicale française, sous la présidence de M. le Prof. Cornil. 19 personnes y assistaient.

M. le docteur DE LAVARENNE (de Paris), représentant la *Presse médicale* (de Paris) ; M. le docteur LÉVY (de Paris), rédacteur en chef de la *Revue de Polytechnique illustrée* (de Paris) ; M. le docteur DÉLÉAGE, représentant la *Revue internationale de Thérapeutique et de Pharmacologie* (de Paris), ont été élus membres de l'Association. — Sont nommés rapporteurs des candidatures de MM. les docteurs Cabanès (*Chronique médicale*) et Archambaud (*Revue médicale*), MM. Bilhaut et Butte.

La Commission du Cinquantenaire de l'Anesthésie, qui s'occupe activement de la préparation de cette manifestation scientifique et humanitaire, a décidé de réunir cette semaine les délégués des Sociétés et Associations médicales, ayant approuvé l'idée de cette fête.

Le Secrétaire général,
Marcel BAUDOUIN.

— Parmi les décorations accordées au corps médical, à l'occasion de la Fête nationale, nous relevons celle de notre confrère le docteur Jacquot, de Creil (Oise), qui vient d'être nommé Chevalier de la Légion d'honneur. Ses nombreux amis, notamment ceux des Vosges, son pays d'origine, se réjouiront avec nous de la récompense, si bien méritée qu'il a obtenue au titre de médecin territorial et pour 25 ans de services, une campagne, une blessure.

En outre, M. le docteur GARRAN DE BALZAN (de Paris) a été nommé Chevalier du Mérite agricole, M. le docteur Bizieu (de Douarnenez), a obtenu une *médaille de vermeil*, pour dévouement au cours de diverses épidémies et une *médaille d'argent* de deuxième classe a été décernée à M. le docteur Le Bart (de Caen), pour acte de courage et de dévouement.

— Nous avons reçu, il y a quelques mois, la lettre suivante. Nous la reproduisons, à cause de l'incident pénible qui a eu lieu récemment. Nous n'avons pas l'honneur de connaître M. *Roger* ; mais en présence des faits qui se sont produits, il nous a paru bon de donner cette lettre qui présente tous les caractères du désintéressement médical le plus absolu et nous fait prendre la part la plus vive aux déboires de notre confrère obligé de quitter son laboratoire.

Voici la lettre :

Monsieur et très honoré Confrère,

Le sérum antistreptococcique ne se trouve pas dans le commerce. J'en donne, quand j'en ai, aux confrères qui m'en demandent. Malheureusement j'en ai de si petites quantités que je suis forcé d'en refuser le plus souvent. Songez que je n'ai encore qu'un animal immunisé, qui me fournit environ 500 gr. de sérum tous les 15 jours et que, dans les cas de fièvre puerpérale grave, il faut souvent 200 c.c. et plus pour un malade. D'ici un mois, j'aurai un 2e animal vacciné, mais, à eux deux, mes chevaux ne fourniront pas encore assez de sérum. Je continuerai donc à en donner aux médecins qui arriveront les jours où les saignées auront été faites.

Veuillez agréer, monsieur et très honoré confrère, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

M. ROGER.

— *Conseils de discipline médicaux en Belgique.*— Le collège médical de Bruxelles, profitant des élections législatives qui viennent d'avoir lieu, a soumis à tous les candidats la question suivante: « Etes-vous favorable, indifférent ou hostile, au « projet des 450 médecins Bruxellois qui deman- « dent la création de conseils de discipline médi- « caux autonomes et officiellement reconnus ? »

Ces démarches, dit le *Scalpel*, ont obtenu le plus heureux succès. L'infatigable secrétaire général, M. le Dr Cuylits, dont la part fut si grande dans la lutte contre la Fédération mutualiste, a reçu des réponses favorables de la plupart des candidats: plusieurs ont même promis d'user de leur droit d'initiative pour cette proposition.

Souhaitons à nos confrères que, pour cette fois, les députés se souviennent de la promesse des candidats.

Nous suivrons, avec un vif intérêt, ce mouvement vers un but que poursuivent en même temps l'Allemagne et le Luxembourg.

— *Le monopole de l'alcool et l'impôt sur les revenus.* — MM. Guillemet et Chabrié ont déposé le contre-projet suivant alors que nos députés discouraient sur le projet Cochery (impôt sur les revenus).

« Dans un délai de six mois, le gouvernement « présentera aux Chambres un projet de monopole « de rectification de l'alcool.

« Les produits de ce monopole remplaceront tout « ou partie des contributions directes. »

On n'a pas voté, mais M. Cochery a promis de donner satisfaction aux auteurs du contre-projet. — Enregistrons encore cette promesse.

— *Un nouveau député médecin.* — M. le Dr Berthet, d'Albertville, vient d'être élu député de la la Savoie, en remplacement de M. Pierre Blanc. Nous nous empressons d'adresser nos félicitations à ce confrère qui fut l'un des premiers adhérents à notre Association amicale pour l'indemnité en cas de maladie.

Les concours. — Concours de l'internat. — L'ouverture du concours de l'internat pour 1897 aura lieu le 19 octobre prochain.

Se faire inscrire tous les jours, de 11 heures à 3 heures, du 7 septembre au 3 octobre inclusivement.

Concours de l'externat. — L'ouverture du concours de l'externat de 1897 aura lieu le 20 octobre prochain.

Se faire inscrire tous les jours, de 11 heures à 3 heures, du 1er au 30 septembre inclusivement.

Concours des prix de l'internat. — L'ouverture du concours pour les prix de l'internat aura lieu le 14 décembre prochain pour la médecine, et le 17 du même mois pour la chirurgie.

Se faire inscrire du 1er au 15 octobre. Le mémoire devra être déposé avant le 15 octobre.

— *Double inauguration.* — On vient d'inaugurer, la semaine dernière, l'hôpital d'instruction des dames ambulancières construit à Auteuil, rue Michel-Ange, pour l'Association des Dames Françaises, et le « Dispensaire hôpital chirurgical », élevé à Clichy par la Société philanthrophique.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 30 25 Juillet 1896



LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

L'initiative médicale en France.

Notre collègue, le Dr Marcel Baudouin, est parvenu à faire adopter, par le *Conseil municipal*, un moyen de réaliser sa proposition déjà ancienne d'un *hôpital de prompt secours*. Il l'avait conçue d'abord à propos des travaux de l'Exposition de 1900, travaux fertiles en accidents. Il avait préparé, à l'appui de son ingénieuse conception, plans et devis; indiqué les voies et moyens, démontré qu'il n'y aurait pas de frais sérieux; il avait ensuite proposé l'exécution aux dignitaires de l'Exposition. Nous avions cru pouvoir appuyer notre collègue, et on nous avait répondu, comme à lui : oui, c'est très bien, c'est très ingénieux, pratique, acceptable. Mais alors, où caserons-nous les deux ou trois cents quémandeurs de situations médicales, qui visent la future récompense. Il fallut y renoncer.

Heureusement, M. Baudouin est persévérant : il dit au *Conseil municipal* : vous avez des avertisseurs d'incendie ; je viens vous prouver que vous pourrez les utiliser pour le service de prompt secours, qui de cette façon ne vous coûtera guère ; en outre, je renonce à le diriger moi-même, ce service ; confiez-le à d'autres. On lui objecta les difficultés techniques ; il réduisit les objections à néant. Bref le service va fonctionner. — Un accident arrive ; on court à l'avertisseur d'incendie, qui devient celui des accidents et les secours se présentent sur-le-champ.

Nous félicitons d'autant plus notre collègue de son succès, qu'il avait besoin, pour l'application de son idée, à la mode américaine, de se concilier une assemblée, de vaincre les empêcheurs intéressés. On ne s'étonne pas, en conséquence que, dans un ordre d'idées différent, le Dr Baudouin ait produit une œuvre pratique, de grand avenir, l'*index medicus*, continué et remplacé d'une façon avantageuse. Nous avons déjà indiqué son système de fiches bibliographiques (des centaines de mille), d'analyses, de traductions. Bientôt tout travailleur sera, qu'il le veuille ou non, tributaire de ce service. Dès aujourd'hui, le succès en est assuré : professeurs, savants travailleurs de France et de tout pays, viennent à *l'Agence bibliographique*; le fonds s'accroît tous les jours et une institution nouvelle est assurée à notre pays; l'index medicus abandonné renaît de ses cendres, complété et rendu pratique.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les rayons de Rœntgen pour l'extraction des balles du crâne.

A l'Académie des sciences, MM. *Brissaud* et *Londe* ont présenté une très intéressante note sur l'application des rayons de Rœntgen au diagnostic des corps étrangers intracrâniens et, en particulier, des projectiles d'armes à feu. Nous l'empruntons à la *France médicale*.

Le 4 août dernier, M. X... reçut un coup de revolver (calibre 7 mm.) à bout portant, dans la région moyenne de la bosse frontale gauche. Il affirme n'avoir pas perdu complètement connaissance, mais il lui était impossible de parler, ni de faire aucun mouvement. Quelques heures plus tard, il répondait par monosyllabes aux questions qu'on lui posait ; il avait les yeux fermés, il reconnaissait à leur voix tous ceux qui lui adressaient la parole ; il s'efforçait même de leur répondre en anglais, l'idée de répondre en français ne lui venant pas à l'esprit. Il avait jusqu'alors employé indifféremment l'une ou l'autre langue. Lorsqu'il voulut recommencer à parler français, il n'y put parvenir, et cela environ trente-six heures.

Le Dr Reverdin (de Genève) le vit dix-huit heures après l'accident et constata une hémiplégie gauche complète, avec une perte de la sensibilité étendue de l'extrémité des doigts au pli du coude. Au-dessus du coude, les réflexes cutanés

étaient conservés et toutes les excitations étaient perçues. Aucune tentative ne fut faite pour la recherche de la balle. Le blessé eut, pendant neuf jours une fièvre régulièrement décroissante, fièvre n'ayant jamais atteint 39°, sinon le premier jour. Pendant quinze jours, il perdit ses matières et ses urines ; puis il recouvra la tonicité des sphincters, sortit de sa torpeur, se remit à manger avec appétit sans avoir éprouvé un seul instant le plus léger trouble de la déglutition, enfin il se leva et apprit à marcher à la façon des hémiplégiques. La plaie ne fut le siège d'aucune complication, ne donna pas issue à la moindre esquille et fut complètement cicatrisée en moins d'un mois.

A part la somnolence des premières heures et l'amnésie verbale transitoire exclusivement limitée aux mots français, l'état psychique ne subit aucune modification. Des accès de fou rire qu'il ne faut pas attribuer à un trouble mental seraient la seule anomalie intellectuelle à signaler, si l'on ne savait que ces accès résultent simplement d'une irritation cicatricielle des corps opto-striés au voisinage du *genou de la capsule interne*.

Aujourd'hui tout se borne à une hémiplégie gauche spasmodique des deux membres et de la face, sans participation des nerfs facial supérieur, moteur oculaire commun, masticateur. La contracture est de moyenne intensité, malgré l'exagération des réflexes et le clonus du pied ; jamais le spasme ne s'est traduit par des convulsions jacksonniennes.

La pénétration de la balle dans la région frontale gauche n'implique pas que l'hémiplégie actuelle soit le fait d'une lésion de l'hémisphère gauche. La direction de l'arme, d'ailleurs, rend très bien compte du trajet du projectile.

La balle a perforé le lobe frontal obliquement de gauche à droite, puis, passant en avant du corps calleux et dans le plan même de celui-ci, a traversé l'hémisphère droit d'avant en arrière et de dedans en dehors. Dans ce parcours elle a sectionné les fibres de la couronne rayonnante de Reil au-dessus du ventricule latéral (ces fibres sont précisément celles qui forment le faisceau moteur intra-hémisphérique).

En arrière, le projectile a respecté les fibres du faisceau sensitif, et l'on comprend ainsi que l'hémiplégie purement motrice ne se soit jamais compliquée d'hémianopsie. L'absence de troubles de la déglutition implique que les fibres capsulaires ont été épargnées entre le corps strié et la couche optique. Le rire spasmodique s'explique par une lésion de la partie antérieure du corps strié. L'aphasie *française* des premières heures doit être attribuée au traumatisme du lobe frontal gauche. Bref, le trajet de la balle était nettement déterminé par les symptômes. Il n'en était pas moins intéressant de confirmer le diagnostic rationnel par la preuve matérielle d'une biopsie sans exérèse, et c'est cette preuve que viennent de nous fournir les rayons de Rœntgen. Les images ont été prises par M. Londe dans le laboratoire de la société l'*Optique*.

Si l'image n'a pas toute la netteté désirable, c'est parce que le malade a été pris d'un léger clonus spontané de la tête, dû à la contraction prolongée de ses muscles cervicaux. Mais on distingue parfaitement la silhouette du crâne, la bosse frontale, le sinus frontal, les sinus maxillaires, le rocher, l'os malaire, l'apophyse zygomatique, la cavité orbitaire, etc.

Le projectile est situé dans la région postérieure, à la hauteur de la deuxième circonvolution temporale, probablement au-dessus de la tente du cervelet. Cette localisation est précisément celle à laquelle aboutit le trajet prévu du projectile, si l'on détermine ledit trajet par la série des points où ont été successivement sectionnées les fibres nerveuses.

Pour que la localisation eût une rigueur absolue, il faudrait, outre la Photographie dans le plan sagittal, une Photographie dans le plan frontal. Le malade, déjà fatigué par une pose de sept quarts d'heure, n'a pu être soumis à cette seconde épreuve.

Pour le cas particulier dont il s'agit, l'intérêt de l'expérience consiste non seulement dans la détermination du siège actuel du projectile, mais dans la conséquence pratique de cette détermination. La balle étant située dans la région temporale, ce n'est pas à sa présence qu'est due l'hémiplégie persistante. L'hémiplégie résulte de l'interruption des fibres nerveuses que le projectile a rencontrées sur son passage ; elle n'est pas d'origine corticale, mais d'origine capsulaire : une intervention chirurgicale ne changerait donc rien à la situation.

Les crayons de chlorure de zinc contre les hémorrhagies des fibromes utérins.

Voici la technique qu'emploie le professeur Laroyenne, de Lyon, pour le traitement des hémorrhagies dues aux fibromes utérins, par les crayons de chlorure de zinc.

Après désinfection soigneuse du vagin, sous l'anesthésie quand l'orifice cervical est un peu serré ou sans celle-ci dans le cas contraire, on fait une dilatation du col et de l'orifice utérin jusqu'au n° 28 ou 30 de la série d'Hégar. Nous recommandons de ne pas dépasser sensiblement les limites de l'orifice interne, car, en faisant pénétrer dans le corps utérin les tiges dilatatrices, on provoque presque invariablement un suintement sanguin quelquefois difficile à arrêter complètement, et qui, comme on le verra plus loin, contrarie et restreint l'action du chlorure de zinc.

Les crayons employés sont souples et fabriqués comme la Pâte de Canquoin. Cette malléabilité est très utile, pour qu'ils puissent se prêter aux courbes d'une cavité utérine déformée par un fibrome. Comme la pâte de chlorure de zinc ils ne diffusent pas, mais fondent en imprégnant les tissus.

Il est indispensable, avant de porter le caustique dans la cavité utérine, d'en faire par des injections antiseptiques la désinfection aussi complète que possible. Quand il existe une suppuration sensible, et le cas n'est pas rare, il est bon de modifier cette surface suppurante, plusieurs jours avant l'application du crayon, par des injections iodées, qui sont en même temps antiseptiques et antihémorragiques.

Une autre précaution non moins utile est de mesurer exactement la profondeur de la cavité utérine et de se rendre un compte précis de sa direction. Il faut bien se rappeler que les dimensions de cette cavité ne sont pas nécessairement proportionnelles au volume du fibrome.

Supposons que l'hystérométrie donne 12 centimètres ; un crayon de 8 centimètres environ sera nécessaire pour cautériser toute la cavité ; plus long, il risquerait *d'atteindre l'orifice interne*, ce qui est le grand écueil, difficile à éviter, quand on se sert d'une pince pour porter le caustique ; celle-ci, en effet, ramène souvent entre ses mors le crayon au-dessous du point où on avait cru le laisser. Un autre inconvénient de la pince est de permettre à la tige caustique de se recourber dans l'utérus et de ne pas atteindre le fond. Tous ces desiderata sont évités avec un porte-caustique constitué par une canule légèrement courbe et un mandrin flexible et dont le fonctionnement n'a pas besoin d'être expliqué. Avec cet appareil extrêmement simple, on porte le caustique où l'on veut. Il donne une grande sécurité au procédé, en rendant pour ainsi dire impossible la cautérisation de l'orifice interne et comme conséquence sa sténose ou son atrésie.

Pour assurer encore ce résultat, on place dans le col, jusqu'à l'orifice interne inclusivement, une mèche de gaze iodoformée qui reste en place 24 ou 48 heures. Passé ce délai, elle est enlevée pour laisser aux détritus de la cautérisation une libre issue au dehors, ce qui d'habitude met fin à quelques coliques utérines. Pendant la première journée et quelquefois la seconde après l'application du caustique, les malades se plaignent de quelques tranchées que l'on soulage toujours et supprime souvent par une prise d'antipyrine ou une piqûre de morphine.

Nous avons dit plus haut qu'il fallait autant que possible éviter les hémorragies que peut déterminer le passage des tiges de Hégar sur une muqueuse qui saigne facilement.

C'est qu'en effet le crayon à la pâte de Canquoin se trouve neutralisé dans ses effets par le sang. On évite cet inconvénient en ne plaçant la tige cautérisante qu'après cessation complète de l'écoulement sanguin, ce qui, nous devons le dire, est difficile à obtenir dès la première application, mais ce qu'on réalisera, en plaçant de la même façon et huit jours après, un second crayon.

C'est sur les utérus peu agrandis, ne mesurant pas plus de 10 à 12 centimètres, que l'on obtient les meilleurs résultats, et il y a lieu d'en être très satisfait.

Les faux cancers de l'estomac.

M. le Dr G. Frénoy, dans une thèse récente, vient de faire une étude détaillée des affections qui peuvent ressembler au cancer de l'estomac et occasionner des erreurs de diagnostic :

La sclérose sous-muqueuse hypertrophique n'est pas la seule affection pouvant simuler le cancer de l'estomac ; il existe des faux cancers de cet organe.

Cette appellation, il faut le reconnaître, ne répond à rien de vraiment scientifique, puisqu'elle englobe tout un groupe encore incomplètement limité d'affections hétérogènes pouvant revêtir l'aspect du cancer (Gastrite chronique, ulcère simple, adénome, etc.).

Il serait à désirer que de nouvelles recherches fussent faites en ce sens, de façon à assigner à chacun des faits signalés des caractères permettant de les différencier du cancer vrai.

Quoi qu'il en soit, l'existence de ces faits étant désormais acquise, et devant la difficulté parfois insurmontable d'arriver à un diagnostic précis, on devra se conduire, en pareil cas, comme s'il s'agissait toujours de faux cancers.

On mettra donc en œuvre toutes les médications rationnelles connues aujourd'hui, sans négliger le différents régimes alimentaires. Le chlorate de soude rendra parfois de réels services.

L'incision du cul-de-sac postérieur vaginal.

On n'entend plus parler aujourd'hui, pour traiter les phlegmasies chroniques du petit bassin chez la femme, que d'hystérectomies vaginales totales ou autres opérations graves du même genre. M. le Dr *Rosenblat* vient de consacrer sa thèse à l'étude d'une opération bénigne, qui est souvent parfaitement suffisante : c'est l'incision du cul-de-sac vaginal postérieur.

Ses conclusions sont les suivantes :

I. L'incision du cul-de-sac vaginal postérieur est une opération très bénigne et éminemment conservatrice. Elle peut être faite dans l'état aigu et subaigu de la maladie.

II. Le procédé opératoire soit avec l'instrument de Laroyenne, soit avec le bistouri est très simple.

III. L'antisepsie vaginale peut être suffisante pour ne pas compromettre le succès.

IV. On peut éviter facilement la plupart des accidents, comme la blessure de l'artère et des organes voisins. Les hémorragies opératoires ne sont pas graves et l'hémostase en est facile.

V. Les fistules sont rares ; elles peuvent souvent être évitées par un drainage bien fait et suffisamment prolongé ; elles guérissent souvent spontanément ; si elles persistent, une autre intervention (un nouveau débridement) et, en cas d'insuccès, une laparotomie ou une hystérectomie) est indiquée.

VI. Par les soins consécutifs suffisants, on peut prévenir la rétraction rapide de la poche et la rétention du pus ; si cet accident se produit, un nouveau débridement en a le plus souvent raison.

VII. La ponction blanche peut être évitée, si le diagnostic est soigneusement fait avant l'intervention ; en tout cas, cette ponction n'amène aucun accident sérieux.

VIII. L'incision vaginale donne une guérison définitive dans les cas de pelvipéritonite puerpérale ou annexielle, de phlegmons des ligaments larges, de collections tubaires unilatérales, à poches uniques ; dans les hématocèles rétro-utérines proprement dites et les hématocèles suppurées.

IX. Elle peut donner une guérison définitive dans les cas de collections multiloculaires, de collections haut situées, mais à condition que toutes les poches puissent être atteintes par le vagin.

X. Elle peut donner une guérison définitive dans les cas de collections tubaires bilatérales, à poches uniques ou multiples, mais souvent ces collections ne sont justiciables que d'une laparotomie ou d'une hystérectomie.

XI. L'incision vaginale doit être tentée dans tous les cas de suppurations pelviennes, quand l'état général de la malade ne permet pas d'intervenir par une opération grave.

XII. L'incision vaginale doit être tentée, quand le diagnostic de la bilatéralité des lésions n'est pas certain.

XIII. L'incision vaginale doit être tentée, lorsqu'on se trouve en présence d'une malade jeune, dont l'état laisse encore espérer une guérison par une opération simple, ou permet de reculer l'intervention par l'hystérectomie.

XIV. L'incision vaginale ne compromet nullement l'intervention ultérieure par une autre opération, si elle est jugée nécessaire.

CLINIQUE LARYNGOLOGIQUE

La pharyngomycose.

C'est une affection qui, sans être nouvelle, est cependant peu connue : or, il est indispensable de savoir la reconnaître, si l'on veut éviter de préjudiciables erreurs de diagnostic et de pronostic.

On désigne, sous le nom de *mycoses* du pharynx, une série d'affections dues au développement de cet organe, de microorganismes de la famille des champignons ; le muguet et l'actinomycose sont les exemples les plus connus de ces affections. Mais il existe des variétés de mycoses pharyngées dues à des parasites autres que l'oïdium albicans et l'actinomycète : c'est ainsi que les sarcines, l'aspergillus fumigatus et le sidulans, le penicillium glaucum, paraissent pouvoir se développer dans la gorge et y créer des affections parasitaires distinctes ; mais ces diverses pharyngomycoses ont été si exceptionnellement observées, jusqu'ici, qu'on ne saurait les considérer comme des types morbides bien définis.

Il en est tout autrement de la pharyngomycose leptothrixique, appelée encore pharyngomycose bénigne. Bien qu'elle ait été longtemps méconnue, bien que, même après la première description de Fraenkel en 1863 et celles de Klebs et Baginski en 1876, elle ait paru exceptionnelle, on sait actuellement qu'elle n'est rien moins que rare, et c'est précisément sa fréquence relative, qui permet de la désigner, dans le langage courant, purement et simplement sous le titre de pharyngomycose, sans y ajouter le qualificatif de leptothrixique. A la vérité la plupart des médecins qui n'ont pas l'attention attirée spécialement sur les maladies de la gorge, méconnaissent encore cette affection. Cela tient à deux raisons principales : la première, c'est que beaucoup d'entre nous ignorent l'existence et le nom même de la maladie en question et que s'ils la rencontrent ils la confondent, sans trace d'hésitation, avec une angine quelconque, en particulier avec l'amygdalite lacunaire ; la seconde, c'est que la pharyngomycose est une affection d'ordinaire peu gênante et que les malades, ignorant, le plus souvent, qu'ils en sont atteints, n'ont aucune raison pour réclamer l'avis de leur médecin à son sujet.

La maladie dont il s'agit est une affection chronique, bénigne, mais extrêmement tenace, de l'isthme du gosier, caractérisée par le développement à la surface et à l'intérieur de la muqueuse, d'un champignon spécial, le leptothrix buccalis, sous forme de points blancs saillants et fortement adhérents.

Ce parasite existe à l'état normal dans la bouche et le pharynx de chacun de nous ; à l'état pathologique, on le voit se développer en abondance dans les points où la muqueuse est érodée ou ulcérée ; il en existe toujours une grande quantité dans l'endroit blanchâtre qui recouvre les plaies intrabuccales consécutives à des incisions ou à des cautérisations. Le traumatisme local est donc une circonstance favorable à son développement, et cependant il ne paraît jouer aucun rôle dans l'apparition de la variété d'angine chronique que nous décrivons.

La pharyngomycose survient spontanément, sans que nous connaissions les conditions locales ou générales qui en favorisent le développement. Tout ce que l'on peut dire de plus précis à cet égard, c'est que la maladie a une prédilection marquée pour la femme, spécialement de 20 à 30 ans ; encore à cet égard n'y a-t-il rien d'absolu : nous avons eu l'occasion de diagnostiquer l'affection chez un jeune garçon de 13 ans, et en ce moment même nous traitons une dame de 52 ans qui offre des lésions typiques de pharyngomycose.

L'état général paraît jouer quelquefois un rôle capital dans l'apparition de la maladie : c'est ainsi que, dans un cas, on vit les lésions, survenues au début d'une grossesse, disparaître d'elles-mêmes après l'accouchement.

La mycose pharyngée est d'ordinaire si peu gênante que le malade la conserve pendant des mois et peut-être des années sans se douter de son existence : le médecin la découvre alors, par hasard, au cours d'un examen du pharynx. D'autres fois, c'est le malade lui-même qui, le premier, s'aperçoit de la présence de points blancs dans la gorge : certains, particulièrement soucieux de leur santé, se précipitent alors chez le médecin avec une grande anxiété et réclament de lui un traitement énergique ; mais, à leur grand désespoir, les gargarismes les plus antiseptiques, les badigeonnages les plus énergiques, au moins en apparence, continués pendant des semaines et des mois, n'apportent aucune modification dans l'état de la gorge. D'autres fois enfin l'attention est attirée sur la gorge par des sensations anormales de sécheresse, de chatouillement, de picotement, accompagnées de toux ou de râclement pharyngien. Un de nos malades est venu nous trouver pour un enrouement, une autre parce qu'elle éprouvait un peu de gêne pour avaler sa salive.

Les lésions ont pour siège de prédilection les amygdales et la base de la langue (région de l'amygdale linguale) ; accessoirement elles peuvent occuper les parois postérieure et latérales du pharynx, plus rarement la voûte de celui-ci (région de l'amygdale pharyngée), exceptionnellement les fossettes de Rosenmüller et les pavillons tubaires. Quelques auteurs disent en avoir observé sur l'épiglotte et les replis aryténo-épiglottiques. Elles se présentent sous la forme de points blancs ou jaunâtres, saillants, arrondis ou pointus, offrant l'aspect de houppes ou d'aiguillons, particulièrement fermes et résistants, implantés plus ou moins obliquement dans la muqueuse ; ces aiguillons, libres par l'une de leurs extrémités, sont si fortement adhérents par l'autre, qu'on ne peut les détacher qu'à l'aide d'une pince. Ils sont isolés, ou bien se réunissent çà et là, sous forme de pelotons, de

grumeaux, d'îlots à surface hérissée ; toutefois ils ne sont jamais confluents pour représenter une membrane continue.

Portées sous le microscope, ces concrétions se montrent constituées par un feutrage de longs filaments, auxquels se mêlent quelques cocci et quelques cellules épithéliales. Pour mieux étudier les filaments de leptothrix, il faut dissocier la concrétion à examiner et la colorer avec une solution iodo-iodurée. Ces filaments très longs, mais extrêmement minces, rectilignes ou légèrement incurvés, paraissent alors formés de segments de longueur uniforme, colorés en jaune par l'iode et mis bout à bout par des cloisons transparentes. Ils pénètrent dans la couche superficielle de la muqueuse et s'insinuent entre les cellules épithéliales : ainsi se trouve expliquée l'adhérence des concrétions.

La marche est essentiellement chronique et l'état général n'est nullement modifié par l'affection, à moins toutefois que le malade, inquiet de son état et particulièrement impressionnable, ne devienne neurasthénique.

Le nombre des affections de la gorge, avec lesquelles on peut confondre la pharyngomycose est limité : il faudrait une grande légèreté pour la confondre avec la diphtérie, affection à larges fausses membranes et fébrile, avec le muguet qui ne reste guère localisé à l'isthme du gosier et dont les productions se détachent aisément, etc. L'amygdalite lacunaire chronique est à peu près la seule lésion qui puisse en imposer pour de la mycose leptothrixique : celle-ci s'en distingue par le siège des points blancs, qui occupent aussi bien l'intervalle des orifices cryptiques que ces orifices eux-mêmes, par l'adhérence intime de ces points aux tissus sous-jacents, par leur consistance ferme et non caséeuse, par la participation habituelle de la base de la langue. Dans les cas douteux, l'examen microscopique tranchera la question : cet examen sera d'autant plus utile que certaines amygdalites microbiennes (à coli-bacille en particulier) peuvent simuler de tous points la pharyngomycose.

L'affection est désespérante par sa durée et sa résistance au traitement. Voici la méthode que nous conseillons de suivre et à laquelle nous devons quelques succès : enlever une à une, à l'aide d'une pince, toutes les productions mycosiques, puis, immédiatement après, cautériser les points d'implantation, soit avec une perle d'acide chromique fondu au bout d'un stylet boutonné, soit avec une pointe de galvano-cautère. On renvoie ensuite le malade chez lui en lui prescrivant l'usage de gargarismes antiseptiques en particulier de gargarismes iodés ; nous prescrivons d'ordinaire le suivant :

Iode métalloïde.........	Dix centigr.
Iodure de potassium....	1 gr.
Sirop diacode...........	40 gr.
Eau.....................	300 gr.

pour se gargariser quatre fois par jour.

Au bout de quelques jours, les houppes blanches reparaissent, dans les points mêmes où elles s'étaient déjà développées : on procède de nouveau à l'ablation, on pourrait presque dire à l'épilation, suivie de cautérisation. Après trois ou quatre séances semblables, on s'aperçoit que les houppes adhèrent de moins en moins à la muqueuse et s'enlèvent de plus en plus facilement ; en même temps, elles repoussent moins rapidement et finissent par disparaître complètement.

Dans les cas rebelles, on peut prescrire, au lieu de gargarismes, des badigeonnages à l'alcool absolu, avec une solution iodo-iodurée au dixième ; ou bien encore avec une solution de nicotine à 2 pour 1000. On a, en effet, remarqué que l'usage du tabac à fumer semblait avoir une action favorable : peut-être faut-il voir dans ce fait une explication de l'immunité relative que présentent les hommes vis-à-vis de l'affection.

Dans deux cas, où les lésions étaient limitées aux amygdales, nous avons obtenu la guérison en extirpant, avec une double curette, les tissus (muqueux et tissus sous-jacents) sur lesquels étaient implantés les leptothrix. Malheureusement cette opération, toute radicale qu'elle est, n'amène pas toujours le résultat cherché et il faut être prévenu que, parfois, l'affection récidive, quoi qu'on fasse, avec une désespérante ténacité.

Dr M. Boulay,
Ancien interne des hôpitaux.

CLINIQUE OTOLOGIQUE

Furoncles du conduit auditif externe.

Le conduit auditif est un lieu d'élection pour la furonculose.

Cette fréquence est due à différentes causes : l'abondance et l'active sécrétion des éléments glandulaires de la peau (glandes sébacées et cérumineuses), l'irritation produite par le pus d'une otorrhée coexistante ou par le cure-oreilles maladroitement manœuvré, l'eczéma chronique, très fréquent, de cet organe — autant de points importants à connaître pour la prophylaxie.

Une particularité qui n'est pas propre à l'oreille est la multiplicité simultanée des furoncles. Il est rare que le malade en soit quitte avec un seul. En général un deuxième succède au premier, d'autres suivent pour constituer une véritable crise.

Toutefois ces rechutes ne sont pas fatales et il est possible par un traitement approprié, par une désinfection minutieuse de la région, d'empêcher en grande partie ces récidives, en détruisant les germes producteurs.

Ici, comme ailleurs, en effet, la cause immédiate du furoncle est l'invasion des glandes sébacées par les microbes de la suppuration.

En tête des *symptômes* se place la douleur. Elle est toujours très vive et d'autant plus intense que l'inflammation débute plus profondément.

Spontanée, ce sont des élancements dans l'oreille qui se propagent à la face et l'endolorissent. Les souffrances redoublent la nuit et sont parfois tellement violentes que la morphine les calme à peine. Je me rappelle un malade nerveux qui vint me voir en toute hâte de Rouen où il était en villégiature et ne parlait de rien moins que de se suicider si on ne le soulageait pas. Une large incision, en débridant les tissus, mit fin à son supplice.

Cette acuité des douleurs, qui n'est pas en rapport avec la gravité du mal, est liée à l'ex-

trême tension de la peau, dans une région aussi étroite.

Ces phénomènes douloureux sont provoqués par toute pression ou mouvement communiqué à la région. Ils sont plus particulièremen exaspérés par les tractions sur la conque ou par la déglutition. Etant donné le voisinage de l'articulation temporo-maxillaire, l'alimentation est très difficile.

Les autres symptômes subjectifs, surdité et bourdonnements, moins constants, attirent peu l'attention du malade. Ils sont le résultat de l'obstruction du conduit par le gonflement de ses parois. On peut noter, enfin, de l'inappétence et de la fièvre.

L'examen de l'oreille, à cette période, est pénible et on doit y procéder avec douceur.

Ce qui frappe, tout d'abord, c'est le défaut de perméabilité du méat auditif dont la lumière est nulle. Quelquefois cependant. lorsque le furoncle est dans les couches superficiclles de la peau et éloigné du tragus, le spéculum peut pénétrer assez avant dans la profondeur et on découvre, en un point, une saillie acuminée du volume d'un grain de chènevis ou d'un pois.

Le plus communément, le furoncle siège près du méat ; il est assez profond et détermine la tuméfaction de toute la paroi qui le loge. Cette paroi bombe et c'est elle que l'on aperçoit sous forme de tumeur convexe, faisant hernie dans le conduit auditif externe.

La peau est rouge, douloureuse au contact ; souvent il est possible de voir. dans ce gonflement diffus, un point plus saillant, culminant : c'est l'orifice de la glande par où le bourbillon sera chassé.

Abandonné à lui-même, le furoncle dure quelques jours et même une semaine, s'il est développé près du périoste. Puis, le revêtement cutané s'amincit et le bourbillon s'échappe. Mais, au premier furoncle en succède un second, un troisième, parfois d'autres encore, et l'affection se perpétue ainsi pendant dix à quinze jours, avec des alternatives de demi-calme et de vives douleurs.

Le diagnostic est simple et on ne confondra pas cette otite externe circonscrite avec l'otite moyenne aiguë. Dans cette dernière les douleurs sont plus profondes et ne sont pas réveillées par les tractions sur la conque. De plus, l'examen du conduit lève tous les doutes, en montrant le corps du délit.

L'otite externe aiguë diffuse est rare et a d'autres caractères.

On ne confondra pas le furoncle de la paroi postéro-supérieure avec la *chute* de cette paroi symptomatique d'une mastoïdite aiguë.

Dans le furoncle, c'est la peau qui est tuméfiée ; aussi, peut-on la déprimer.

Dans les mastoïdites, c'est l'os qui est refoulé, la saillie est dure, bien moins douloureuse au contact ; elle n'est ni acuminée, ni bombée. Il suffit d'ailleurs de rechercher les autres symptômes, en cas d'hésitation.

A part les récidives, le pronostic de cette affection est bénin. Toutefois, elle laisse après elle une peau épaisse, rouge et desquamante, créant ainsi, par un véritable cercle vicieux, l'eczéma.

Le traitement doit viser deux buts : d'une part soulager la douleur et guérir le furoncle ; d'autre part, éviter les récidives.

Tout à fait au début (éventualité assez rare), on peut espérer faire avorter le mal en pratiquant un badigeonnage de teinture d'iode. Le médicament doit être porté exactement sur le point atteint, et seulement sur ce point, si non, il n'est pas sans danger. Le nitrate d'argent à 1/10 dont on imbibe un tampon laissé à demeure pendant quelques heures, peut donner le même résultat.

Pour nous, le traitement du furoncle se résume en deux choses : incision et désinfection du conduit.

L'incision qui débride les tissus est le meilleur des calmants, nous la pratiquons toujours, quelle que soit d'ailleurs l'époque à laquelle le malade vient demander conseil.

C'est la première chose à faire, d'autant qu'ici, le bourbillon est rapidement formé, et même les premiers jours, elle permet d'expulser le contenu de la glande enflammée.

Pour la pratiquer, un bistouri ordinaire peut suffire, mais il est préférable d'employer un bistouri fin que l'on introduit au travers du spéculum, sur la base de la saillie.

Le manche coudé ou en baïonnette a l'avantage de ne pas cacher le champ opératoire à la vue.

Il est utile également de laisser séjourner sur la région à sectionner un tampon imbibé de cocaïne 1/3 ou 1/5, pendant quelques minutes, pour diminuer la douleur.

Alors, un aide maintenant la tête pour éviter les mouvements du malade, on débride largement la peau Pour expulser le bourbillon on enfonce le spéculum, par des mouvements de rotation légers et lents, car la manœuvre est douloureuse ; de cette façon, on exprime pour ainsi dire le furoncle.

Cette manœuvre du spéculum peut servir à chasser le bourbillon sans incision, lorsque l'abcès est mûr : on le fait éclater en pressant sur sa base.

La deuxième indication à observer est de désinfecter le conduit Cette antisepsie a l'immense avantage d'éviter la répullution du mal, lorsqu'elle est bien faite.

S'il y a des sécrétions épaisses et de la desquamation, on fera quelques injections d'eau bouillie, en ayant soin d'employer un embout fin en caoutchouc, ce qui est plus qu'indispensable étant donnés l'obstruction et la sensibilité du conduit.

Puis, trois fois par jour, le malade versera dans son oreille, une cuillerée à café tiède de

Liqueur de Van Swieten } ââ 30 grammes
Eau distillée........... }

en conservant cinq minutes la tête penchée sur l'épaule du côté opposé.

Enfin, obturer le méat avec un tampon d'ouate, imprégné du liquide précédent, dans la partie qui regarde le tympan.

Si le conduit, trop obstrué, ne laisse pas entrer assez de solution, on introduit une mèche de gaze iodoformée dans sa lumière. Cette mèche, en s'imbibant au moment de l'instillation, permet le contact du liquide avec toute la région malade. Il faut la changer tous les jours.

En cas de douleur résistant à l'incision et persistant très vive encore après, on pourra placer

dans l'oreille des cônes d'ouate trempés dans la préparation suivante :

Menthol	1 gr.
Huile de vaseline	20 gr.
F. diss.	

Y joindre les calmants internes, l'exalgine, la phénacétine :

Exalgine	0 gr. 20.
Phénacétine	0 gr. 30.
Sulfate de quinine	0 gr. 15.

1 ou 2 cachets le soir.

Les instillations de liqueur de Van Swieten devront être continuées plusieurs jours après la guérison de l'affection.

A ce moment il sera bon d'accorder quelques soins à la peau du conduit, toujours plus ou moins irritée après la crise furonculeuse, d'autant que cet état prédispose au furoncle.

Dr P. Lacroix.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

De l'admission en France des étudiants et des médecins étrangers.

Rapport présenté à la Faculté de Médecine de Lyon (1), par le Professeur Bard, rapporteur,

Au nom d'une commission composée de M. le doyen Lortet, MM. les professeurs Bard, Crolas, Hugounenq, Lacassagne, Morat, Renault, Tripier.

Messieurs,

Un mouvement d'opinion s'est élevé depuis quelques mois, parmi les étudiants et les médecins de nationalité française, contre l'hospitalité accordée dans notre pays aux étudiants et aux médecins de nationalité étrangère.

De multiples pétitions ont attiré sur cette question l'attention générale. M. le ministre de l'instruction publique a demandé à la Faculté des renseignements statistiques, auxquels le Conseil de la Faculté a jugé qu'il était nécessaire de joindre une appréciation générale motivée.

Les protestations ont été formulées à deux points de vue différents : les étudiants se plaignent de l'encombrement des facultés par les étudiants étrangers, de la diminution des moyens d'études qui résulte de leur présence, et surtout de la concurrence qu'ils trouvent en eux pour les concours de l'externat et de l'internat des hôpitaux ; les médecins praticiens se plaignent de l'encombrement professionnel qui peut résulter de l'exercice de la médecine en France par les étrangers.

Les intérêts immédiats que peuvent avoir les étudiants et les médecins français à l'éloignement de leurs collègues étrangers trouvent pour contre partie les intérêts généraux du pays et de la science française. La place d'une grande nation dans le monde, son influence au dehors, sa prospérité matérielle elle-même, sont en grande partie liées au développement de son enseignement supérieur et à l'attraction qu'il est capable d'exercer sur les autres nations. Tout le monde reconnaît que la présence de nombreux étudiants étrangers a été le principal élément de la prospérité des Universités allemandes ; on ne pourrait nier que ces étudiants à leur tour ont très largement payé à l'Allemagne l'hospitalité dont ils avaient été l'objet, par l'extension qu'ils ont donnée au dehors à son génie, à sa langue, à ses productions scientifiques et, conséquence inévitable, à son industrie et à son commerce.

(1) Le rapport a été approuvé par la Commission ; les conclusions ont été votées par le Conseil de la Faculté dans sa séance du 18 juin.

De grands efforts ont été tentés depuis quelques années pour relever notre enseignement supérieur, pour ramener sur lui le courant d'étrangers que l'Allemagne avait réussi à accaparer à son profit ; au moment où l'on commence à recueillir les fruits de ces efforts, faut-il les condamner à la stérilité par un changement d'attitude et par des mesures restrictives ?

Par contre, n'est-il pas nécessaire aussi d'assurer à nos nationaux toutes les facilités d'études dont ils ont besoin, et, plus tard, une situation matérielle en rapport avec les sacrifices et les difficultés que leur imposent, au nom même de l'intérêt général, nos lois et nos règlements sur l'exercice de la médecine.

En dehors même des intérêts particuliers, l'intérêt public lui-même exige que la situation matérielle des médecins ne subisse aucune atteinte grave ; si celle-ci venait à se produire, n'aurait-elle pas promptement, en vertu des lois économiques inéluctables, et au grand détriment de la santé publique, une répercussion profonde sur le recrutement de la profession médicale, sur le niveau des études, sur la moralité professionnelle, et en dernière analyse sur la valeur des services rendus ?

Ces diverses considérations suffisent à démontrer l'importance de la question des étrangers, la nécessité de soumettre à un examen attentif les plaintes formulées, pour rechercher dans quelle mesure elles sont justifiées, et quelles sont les satisfactions légitimes qu'il serait possible de leur accorder.

Les diverses pétitions proposent des solutions peu divergentes, toutes inspirées par une idée directrice simple, qu'on peut formuler ainsi : tenir la porte largement ouverte pour les études médicales, et absolument fermée pour la pratique professionnelle. La proposition est séduisante par sa simplicité ; elle traduit bien les préoccupations dominantes; mais sous sa forme absolue elle ne répond pas à la complexité des faits. Il est bien vrai que les intérêts généraux du pays et de la science française exigent surtout des facilités d'admission accordées aux étudiants étrangers, et que les intérêts particuliers de nos nationaux sont surtout lésés par les praticiens étrangers ; mais l'opposition des intérêts n'est pas aussi absolue qu'elle le paraît au premier abord ; il ne faut pas oublier, d'autre part, que les règlements n'atteignent pas toujours le but qu'ils se proposent et qu'ils produisent même parfois, par des répercussions plus ou moins imprévues, des effets directement opposés à ceux que l'on en attendait.

Il est donc nécessaire de soumettre à un examen réfléchi et d'examiner séparément, d'une part, les conditions à imposer à l'admission des étudiants étrangers dans nos Facultés ; et, d'autre part, celles à imposer à l'exercice de la médecine par les praticiens d'origine étrangère.

I. — *Admission des étudiants en médecine étrangers dans les Facultés françaises*

Les plaintes élevées contre l'admission des étudiants étrangers dans nos Facultés, répondent à deux ordres de préoccupations différentes : d'une part l'encombrement qui résulte de leur présence, d'autre part les dispenses spéciales de diplômes ou de scolarité dont ils sont l'objet.

Sur le premier point, le problème est facile à résoudre : accroître les ressources en argent, en personnel, en locaux, en services cliniques, en proportion avec les besoins et avec l'accroissement des étudiants (1) ; adopter des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition de ces derniers ; telles doivent être les conclusions à tirer des réclamations formulées. La France faillirait à sa mission éducatrice et trahirait ses intérêts matériels eux-mêmes, en renonçant à étendre aux étrangers le bénéfice de ses établissements d'enseignement su-

(1) Au 15 janvier de cette année, le nombre total des étudiants étrangers était de 1,828, dont 1,054 inscrits pour la médecine.

périeur de la médecine. Il importe d'ailleurs de rappeler que les étudiants étrangers paient la totalité des droits exigés des étudiants français, y compris les droits des diplômes dont ils obtiennent la dispense, de telle sorte qu'on peut évaluer à 300.000 ou 400.000 fr. par an la contribution apportée à l'heure actuelle au budget de l'instruction publique par cette catégorie d'étudiants (1).

Le second point, celui des dispenses de diplômes ou de scolarité accordées aux étrangers, soulève des questions plus complexes.

La loi sur l'exercice de la médecine, du 30 novembre 1892, exige des étudiants français la possession du baccalauréat classique avec la mention lettres-philosophie et le certificat d'études scientifiques, alors qu'elle permet, par le deuxième paragraphe de l'article 7, d'accorder aux étudiants étrangers, par une simple autorisation ministérielle, « soit l'équivalence des diplômes ou certificats obtenus par eux à l'étranger, soit la dispense des grades français requis pour l'inscription ».

Cette autorisation est motivée en principe sur la possession de certificats et de diplômes étrangers plus ou moins similaires aux diplômes français dont ils doivent tenir lieu ; mais, en fait, aucune règle précise n'a été formulée, et il faut bien reconnaître que les dispenses sont accordées avec la plus grande indulgence.

Les adversaires les plus déterminés de l'admission des étudiants étrangers demandent qu'on exige d'eux, comme des étudiants français, la justification du baccalauréat de notre enseignement classique ; une pareille disposition, quelque égalitaire qu'elle paraisse au premier abord, équivaudrait en réalité à leur fermer complètement l'accès de nos Facultés.

D'autres, plus modérés, acceptent le principe des équivalences, mais réclament une plus grande sévérité dans leur appréciation ; ils demandent que les diplômes étrangers, admis à tenir lieu du baccalauréat, puissent attester un ensemble de connaissances, sinon identiques, du moins absolument comparables à celles que l'on exige de nos bacheliers. Une pareille exigence serait presque aussi funeste que la première au recrutement des élèves étrangers ; elle obligerait à fermer nos Facultés à l'immense majorité de ceux qui les fréquentent aujourd'hui. La statistique de ces étudiants montre en effet qu'il n'en est qu'un très petit nombre qui proviennent des nations européennes occidentales, pourvues d'un enseignement secondaire élevé, consacré par des certificats ou des diplômes officiels. Tous les autres nous arrivent des jeunes nations de l'Orient, ou du monde Musulman, qui sont loin de posséder, à l'heure actuelle un enseignement secondaire comparable au nôtre ; leurs nationaux seraient dans l'impossibilité de subir les épreuves du baccalauréat français, et également dans l'impossibilité de présenter à notre approbation des diplômes équivalents. Presque tous les étudiants étrangers inscrits à notre Faculté, ceux mêmes qui ont été envoyés par leur gouvernement et auxquels le ministère de la guerre a ouvert les portes de l'Ecole du service de santé militaire, rentreraient dans cette catégorie, et devraient reprendre le chemin de leur pays ou plutôt celui d'autres grandes nations plus hospitalières.

Quelques bonnes raisons théoriques que l'on puisse faire valoir en faveur de la sévérité, quelque désir que l'on ait de n'admettre à suivre l'enseignement français que les élèves qui sont susceptibles de poursuivre leurs études avec fruit et capables de maintenir intacte la valeur de nos diplômes, on doit reconnaître qu'il faut de toute necessité opter entre l'élimination presque complète des étudiants étrangers, ou le maintien des errements actuels, avec cette réserve cependant, qu'il devrait être entendu que les certificats admis à équivalence, doivent représenter le maximum des études secondaires du pays d'origine. A la fin des études médicales, les seuls diplômes étrangers qui peuvent rester susceptibles de donner lieu à des dispenses de scolarité, doivent au moins réunir la double qualité de posséder une valeur scientifique incontestable, et d'ouvrir le droit à l'exercice de la médecine dans le pays d'origine.

Les étudiants étrangers inscrits dans nos Facultés à la faveur des équivalences, sont admis à suivre la même scolarité, à subir les mêmes épreuves, et à obtenir le même diplôme de doctorat que les étudiants nationaux. On propose aujourd'hui, de divers côtés, de créer pour les étrangers, non pourvus du baccalauréat français, un diplôme de doctorat spécial, délivré à « titre étranger », qui ne conférerait pas les mêmes droits que le diplôme national, réservé aux étudiants français, et aux étrangers qui n'auraient eu à réclamer aucune équivalence, à recourir à aucune dispense. Malgré son apparence plus favorable, cette proposition nous paraît à peine moins dangereuse que les précédentes, malgré l'avantage qu'on lui attribue de permettre une très grande indulgence pour les équivalences, voire même une liberté d'accès presque absolue pour les étrangers, puisqu'il n'y aurait plus d'assimilation complète entre les deux ordres d'étudiants et les deux ordres de diplômes.

Alors même que les deux diplômes seraient délivrés après les mêmes études et les mêmes examens probatoires, il serait bien difficile d'éviter l'avilissement d'un diplôme que les autorités qui le délivrent auraient elles-mêmes frappé d'un discrédit originel. Les étudiants étrangers ne trouveraient plus en France ce qu'ils y viennent chercher, un diplôme d'une valeur reconnue par leurs concitoyens et accepté par leur gouvernement. Les pouvoirs publics étrangers n'admettraient pas à l'équivalence de leurs diplômes locaux, ou des autres diplômes étrangers, un doctorat de cette nature ; on peut d'autant moins l'espérer, que l'expérience en a été faite par avance dans l'empire ottoman : la Faculté française de Beyrouth délivrait, au nom du gouvernement français, des diplômes de doctorat qui ne conféraient pas le droit d'exercice dans notre pays, le gouvernement ottoman a toujours refusé d'en admettre l'équivalence ; de telle sorte que pour assurer leur valeur, le gouvernement français a dû se décider l'année dernière à envoyer à Beyrouth un jury de professeurs de notre Faculté, et accorder au diplôme délivré sous leur contrôle la complète équivalence avec le doctorat de la métropole.

La présence des étudiants étrangers dans nos Facultés soulève une dernière question d'une haute importance, celle de leur admission aux concours d'externat et d'internat des hôpitaux. Nous dirons plus loin que nous n'acceptons pas l'assimilation des médecins étrangers aux médecins français pour l'accession aux emplois publics, mais nous ne pensons pas que cette séparation doive commencer dès le temps d'études. Les postes d'externes et d'internes ne sont à aucun degré des situations professionnelles ; ils sont même partout incompatibles avec le doctorat, tout au moins avec le droit d'exercice ; il ne faut y voir que des stages de scolarité, d'un degré supérieur aux stages ordinaires. On pourrait, si on le jugeait utile, et si cette modeste rétribution en valait la peine, supprimer pour les étrangers le traitement affecté à ces fonctions, mais leur en fermer l'accès, ce serait diminuer, dans une large mesure, la valeur de leurs études médicales, et par suite l'attraction qu'elles exerceraient au-delà de nos frontières ; ce serait surtout nous interdire de former une élite, capable de conquérir au dehors les premiers rangs, au plus grand profit de l'influence française.

La proposition de créer dans ces concours des places hors cadre « à titre étranger », comme le fait existe dans la plupart de nos grandes écoles na-

(1) Le total des droits à payer atteint, avec le nouveau regime d'études, 1.725 fr. par étudiant. La même somme est exigée des médecins étrangers admis à subir les examens de doctorat après dispense de scolarité.

tionales, ne paraît pas réalisable. La similitude invoquée n'est qu'apparente ; les admissions à titre étranger dans ces écoles ont pour but de dispenser les intéressés du concours d'entrée, et nullement celui de réserver aux nationaux toutes les places disponibles. Ces admissions n'ont d'autre effet que d'accroître le nombre des auditeurs, et ne soulèvent aucune difficulté pratique ; l'internat emporte au contraire des fonctions qui ne pourraient être dédoublées sans perdre de leur importance et de leur utilité.

S'il n'y a pas lieu de fermer aux étrangers les concours d'externat et d'internat, du moins il est de toute justice d'introduire dans les règlements de ces concours des dispositions capables de rétablir l'égalité des chances d'accès entre tous ceux, étrangers ou nationaux, qui échappent au service militaire que pour ceux qui sont soumis à ses exigences. Pour rétablir l'égalité, non seulement il faut limiter le nombre d'années pendant lesquelles la présentation au concours de l'internat est autorisée, à l'exemple des nouveaux règlements de l'internat de Paris ; mais encore les administrations publiques ont pour devoir de tenir compte des difficultés et des retards que le passage sous les drapeaux impose dans la préparation du concours. Il suffirait, pour cela, d'accorder à ceux qui ont accompli leur service militaire un certain nombre de points d'avance, à ajouter aux points donnés par le jury ; des avantages de cette nature sont accordés déjà dans la plupart des écoles publiques à certaines catégories de candidats, et nulle application de ce principe ne peut être mieux justifiée.

Les considérations qui précèdent s'appliquent aux étudiants étrangers qui viennent suivre les cours de nos Facultés en vue de la possession du diplôme de docteur en médecine. En dehors d'eux il existe une seconde catégorie d'étudiants étrangers, moins nombreuse à l'heure actuelle que la précédente, mais qu'il importe tout autant d'encourager, c'est celle des étudiants qui ne viennent en France que pour un séjour limité, pour l'étude de quelque spécialité scientifique ou clinique. Pour tous ceux-là il importe d'accorder, non seulement l'admission la plus large, mais aussi la liberté la plus grande dans le mode et la durée des études

On atteindrait ce double but en autorisant les Facultés à admettre des étrangers, étudiants ou médecins, à titre d'auditeurs libres, en laissant à chacune d'elles toute latitude pour organiser comme elle le jugerait utile cette catégorie spéciale d'études.

Les étudiants libres n'auraient pas accès au doctorat ; ils ne pourraient recevoir que des *certificats d'études supérieures*, délivrés par chaque Faculté suivant ses règlements particuliers, portant la mention des études faites, ou des épreuves subies, et n'ayant d'autre signification que celle d'un témoignage émanant de juges compétents. Des certificats analogues sont délivrés par quelques Facultés des lettres ; ceux que nous proposons de créer, sans valeur légale proprement dite, pourraient néanmoins convenir, sans le doctorat ou après lui, à un certain nombre d'étudiants ou de médecins en leur constituant des titres spéciaux, utiles pour l'exercice de certaines spécialités professionnelles ou pour l'obtention de certains emplois publics dans leur pays d'origine.

II. — Admission des étrangers à l'exercice professionnel de la médecine en France.

L'exercice de la médecine n'étant pas libre dans notre pays, mais bien subordonné à la possession d'un minimum de connaissances scientifiques, contrôlé par l'Etat, il est évident qu'on doit exiger des étrangers comme des nationaux le diplôme de docteur en médecine délivré par une Faculté française. La loi actuelle, en vigueur depuis trois ans, exige ce diplôme, sauf des exceptions prévues pour les communes frontières ; sous l'empire de la loi antérieure, l'autorisation d'exercer la médecine en France était accordée aux étrangers par le ministre, sans aucune condition obligatoire, sans garantie réelle, et souvent sur des équivalences de diplôme vraiment singulières.

La loi de 1892 elle-même, tout en exigeant le doctorat français, permet dans son article 5 de dispenser les porteurs de diplômes médicaux étrangers de toute la scolarité et d'une partie des examens (1).

Il est permis de se demander si cette loi recente formule des exigences suffisantes, au double point de vue des garanties scientifiques nécessaires et de la protection des intérêts des médecins nationaux.

La possession du doctorat français paraît au premier abord une exigence scientifique suffisante, mais il importe de remarquer que ce diplôme peut être obtenu par les étrangers sans qu'ils aient eu à justifier d'études secondaires équivalentes à celles de leurs confrères français, et parfois même sans qu'ils aient été astreints à la même scolarité.

Outre qu'il n'est pas équitable d'accorder à des étrangers plus de facilités qu'aux nationaux pour obtenir le droit à l'exercice professionnel, il est certain que la différence originelle qui résulte d'études secondaires inégales ne s'efface pas complètement au cours des études médicales. Les étrangers, arrivés au doctorat à la faveur des équivalences, ne peuvent être considérés comme présentant des garanties scientifiques, égales à celles des docteurs pourvus du baccalauréat, que dans la mesure où ces équivalences attestent elles-mêmes des études secondaires comparables à celles de nos bacheliers.

De là est née la pensée d'exiger, pour ouvrir le droit à l'exercice professionnel, la possession simultanée du doctorat médical et du baccalauréat. La loi sur l'exercice de la médecine exige des médecins l'inscription préalable sur une liste officielle, inscription qui n'est accordée que sur la présentation du diplôme de doctorat, il serait tout aussi facile de réclamer la présentation simultanée du doctorat et des diplômes secondaires reconnus nécessaires. Cette seconde exigence ne diminuerait en rien la valeur médicale du diplôme de doctorat, puisqu'elle ne porterait que sur des conditions tout à fait étrangères aux études médicales elles mêmes.

En se plaçant au seul point de vue des garanties scientifiques, il nous paraît qu'il faut exiger, outre le doctorat, la justification d'études secondaires élevées, qui sont nécessaires pour assurer la culture intellectuelle indispensable à la bonne compréhension des choses médicales. Par contre, le baccalauréat national ne peut pas être considéré comme l'unique mode de constatation de la valeur de ces études préalables. L'obligation absolue du baccalauréat ne pourrait se justifier qu'à titre de mesure prohibitive destinée à protéger les intérêts des médecins nationaux ; nous reviendrons tout à l'heure sur ce point. En se plaçant au seul point de vue scientifique, il est nécessaire d'accepter l'équivalence de certains certificats ou diplômes étrangers avec notre baccalauréat, mais il importe de déclarer nettement que ces équivalences ne doivent pas être laissées à l'appréciation arbitraire des bureaux ministériels. Il ne suffirait pas que des appuis personnels, ou au besoin des recommandations diplomatiques, viennent tenir lieu des études suffisantes ; il appartient au Conseil supérieur de l'Instruction publique de dresser la liste des équivalences qui pourront être invoquées, et en dehors desquelles aucune autorisation ni aucune dispense ne devra être accordée.

Sans entrer ici dans le détail de ces équivalences

(1) Aux termes de la loi, ils ne peuvent pas être dispensés de plus de trois épreuves, de telle sorte qu'ils ont, au minimum, à subir les deux parties du troisième examen de doctorat, le quatrième, les deux parties du cinquième, et la thèse ; exigences certainement supérieures à celles du seul examen d'état exigé des docteurs français à l'étranger.

qu'une enquête technique sérieuse permettra seule d'établir, il est nécessaire de préciser que les certificats d'études secondaires, qui pourront tenir lieu du baccalauréat pour l'exercice professionnel, devront non plus seulement représenter le maximum des études secondaires du pays d'origine, mais encore attester un ensemble de connaissances, sinon identiques, du moins réellement égales à celles que l'on exige de nos bacheliers. Il va de soi que l'obligation de justifier d'études secondaires reconnues suffisantes serait imposée à tous, aussi bien aux médecins qui auraient obtenu la naturalisation française, qu'à ceux qui auraient conservé leur nationalité originelle.

Les conditions précédentes, nettement formulées et rigoureusement maintenues, constituent des garanties nécessaires, mais qui nous paraissent suffisantes. On pourrait objecter, il est vrai, qu'il sera bien difficile d'interdire l'exercice de la profession à des médecins porteurs du diplôme de doctorat français, pour le seul motif de diplômes secondaires insuffisants, alors qu'on ne parvient pas même à gêner l'exercice illégal par les médicastres de toutes catégories et de toutes robes. Cette objection ne nous arrêtera guère, sa valeur ne dépend que des pouvoirs publics, et il n'est pas sûr que les administrations et les tribunaux retrouvent pour des médecins réguliers les trésors d'inépuisable indulgence qu'on leur connaît pour les ignorants.

D'autres mesures ont été proposées, plus sévères que celles qui précèdent, nettement inspirées par des préoccupations purement économiques ; à ce titre, leur appréciation définitive relève plus directement des assemblées politiques que des Conseils universitaires ; nous aurions pu invoquer en quelque sorte notre incompétence et nous en rapporter aux pouvoirs publics ; nous estimons cependant que la Faculté ne doit pas se renfermer étroitement dans son rôle essentiel de corps enseignant et de corps scientifique, qu'elle doit aussi se préoccuper, en même temps que des intérêts généraux de la science française, du rôle ultérieur et de l'avenir social de ses élèves (1).

Les adversaires les plus absolus du droit d'exercice de la médecine par les étrangers demandent que nul étranger ne puisse exercer cette profession en France, s'il n'est pas naturalisé, s'il n'a pas fait son service militaire et s'il n'est pas bachelier (2). D'autres demandent que le droit d'exercice soit subordonné à l'obtention d'un examen d'état, auquel ne pourraient se présenter que les nationaux. Toutes ces mesures se ressemblent, en ce qu'elles constituent une prohibition absolue, et on doit se demander dans quelle mesure cette prohibition serait légitime et utile au pays.

Sans soulever ici le redoutable débat de la protection et du libre-échange international, dont la question qui nous occupe n'est qu'une face particulière, il faut bien reconnaître que, lorsqu'on accepte le principe de la protection du travail national, les médecins ont les mêmes droits que tous leurs concitoyens à l'invoquer en leur faveur. En protégeant par des droits douaniers les produits agricoles et certains produits industriels, les pouvoirs publics ont augmenté les charges des médecins eux-mêmes, comme celles de tous les autres consommateurs. Tous ont acquis ainsi des droits à des mesures de protection contre leurs concurrents de nationalité étrangère ; on a perdu le droit de rejeter *a priori* leurs réclamations. On ne saurait objecter que leur céder ce serait porter atteinte aux intérêts des malades français, qui peuvent trouver leur profit dans la liberté de la concurrence des médecins étrangers ; la même considération est applicable aux consommateurs de tous les produits protégés, et il n'y a pas plus à en tenir compte quand les médecins en bénéficient que quand ils en sont victimes.

La question de principe mise ainsi de côté, on ne peut méconnaître qu'avant de prendre une mesure aussi grave que la prohibition de l'exercice de la médecine en France par les étrangers il faudrait se livrer à une enquête précise sur la situation actuelle, et démontrer que le danger est aussi grand qu'on paraît le craindre.

A Lyon même et dans notre région, le nombre des médecins étrangers n'est pas exactement déterminé, mais il ne paraît pas qu'il exerce une influence perturbatrice notable ; il est certainement inférieur à la proportion que comporterait le nombre total des étrangers.

Le nombre en est notablement plus élevé à Paris, mais il ne faut pas oublier que la capitale est une ville très cosmopolite, et que les médecins obéissent à la même attraction que les autres étrangers.

Dans les journaux, dans les pétitions, on ne relève pas d'autres chiffres précis que ceux que l'on doit à M. Bertillon ; de ceux-ci il résulte qu'il y aurait à Paris environ 500 médecins étrangers, dont 250 exercent la médecine, mais dont une quarantaine seulement sont munis de diplômes français. M. le ministre de l'instruction publique évaluait récemment à 600 le nombre des médecins étrangers exerçant dans la France entière (1). Ces chiffres montrent que le mal vient surtout, pour ne pas dire exclusivement, du régime légal jusqu'à cette dernière année, de la simple autorisation ministérielle (2). Avec la nouvelle loi rigoureusement appliquée, avec l'obligation du doctorat français, complétée par l'obligation de diplômes secondaires sérieux, le danger persisterait-il à un degré digne d'attention ?

Les mesures prohibitives que l'on propose pourraient porter, d'autre part, de graves atteintes à d'autres intérêts nationaux et peut-être même aux intérêts d'un certain nombre de médecins français.

Dans la plupart des nations civilisées on exige des examens nationaux, comme nous-mêmes à l'heure actuelle ; mais, partout, croyons-nous, l'accès de ces examens, et par suite celui de la pratique professionnelle, est ouvert aux étrangers comme aux nationaux. Des mesures restrictives entraîneraient des représailles au dehors ; le nombre des médecins français qui émigrent est certainement peu élevé, mais il n'est pas absolument négligeable.

Quelques-uns invoquent, à tort, l'exemple de l'Allemagne, de la Belgique et de la Suisse, le droit d'exercice étant conféré dans ces pays par un examen d'état, distinct du doctorat universitaire. Mais cet examen d'état est ouvert aux mêmes étudiants que le doctorat, il n'a pour but que de diminuer les exigences de ce dernier. En fait, il n'est guère de docteurs en médecine qui ne soient d'abord pourvus de l'examen d'état, tandis que le contraire est, ou plutôt était autrefois assez fréquent ; les médecins allemands tendent de plus en plus à joindre le doctorat à leur examen pratique, par ce fait même que celui-là est considéré comme un titre plus élevé que ce dernier. En réalité, le doctorat comporte, chez nous, un ensemble d'examens

(1) La solidarité des deux questions, admission des étrangers aux études françaises et conditions à imposer à l'exercice professionnel, est tellement étroite, qu'il est absolument impossible de les séparer et de les résoudre isolément.

(2) La naturalisation n'ajouterait aucune garantie réelle ; l'obligation du service militaire ne toucherait ni les femmes ni les réformables.

(1) Dans la discussion récente à la Chambre des députés, M. Lannelongue a estimé à un millier pour la France, dont 400 à Paris, le nombre des « docteurs, officiers de santé ou vétérinaires étrangers ».

(2) Nous n'avons trouvé aucune statistique générale séparant les médecins étrangers qui exercent en vertu de diplômes français, de ceux qui exercent en vertu des autorisations d'exercice délivrées avant la loi actuelle ; parmi les porteurs de diplômes de doctorat français, il serait utile aussi de séparer ceux qui ont fait toute leur scolarité en France, de ceux qui n'ont subi que les examens de doctorat après dispense de scolarité.

scientifiques et pratiques, qui réunissent les programmes de l'examen d'état et du doctorat allemands ; de telle sorte que, bien loin qu'il faille voir dans l'examen d'état une exigence supplémentaire, le droit à l'exercice est en réalité entouré en Allemagne de difficultés d'accès moindres que dans notre pays (1).

En France même la présence des médecins étrangers dans les villes d'eaux, et dans les sations climatériques, contribue dans une mesure assez large à y attirer la population étrangère : leur interdire la pratique de la médecine pourrait entraîner une grave diminution de l'afflux étranger, et les médecins français de ces stations seraient eux-même les premiers à en souffrir, car il semble bien qu'ils profitent pour leur part d'un nombre de clients étrangers plus grand que ne l'est celui des clients français que leur enlèvent leurs confrères étrangers.

Pour cette catégorie de médecins étrangers, dont la plupart partagent leur séjour entre une station française et une station de leur pays, l'obligation de la naturalisation serait assurément un obstacle absolu, et nous venons de signaler les dangers de cette prohibition.

Par contre, pour le dire en passant, la naturalisation ne serait pas une protection bien efficace contre les médecins étrangers qui se proposent de s'établir à poste fixe dans nos grandes villes ; bien peu d'entre eux reculeraient devant cette obligation et l'effet cherché ne serait même pas obtenu.

Les protestations soulevées contre les médecins étrangers sont nées des difficultés et des déboires de la pratique professionnelle. Des conditions multiples, que ce n'est pas le lieu d'examiner, ont contribué dans ces dernières années à aggraver ces difficultés ; l'accroissement du nombre des médecins, les incroyables abus auxquels ont donné lieu les Sociétés de secours mutuels, l'habitude invétérée des pouvoirs publics de compter sur la gratuité plus ou moins complète des services médicaux, en sont les causes principales ; il appartient aux Facultés de seconder, dans la mesure de leurs pouvoirs, les efforts légitimes que les Associations professionnelles pourront diriger contre ces causes, mais l'exercice de la médecine par les étrangers n'est pas la plus importante d'entre elles, et, bien qu'elle appelle quelques réformes, elle ne mérite pas l'émotion excessive qu'elle soulève en ce moment.

Pour l'ensemble des raisons qui précèdent, nous pensons qu'il n'y a pas lieu d'exiger des étrangers, pour leur accorder la pleine liberté de l'exercice de la médecine, d'autres conditions que les garanties de capacité intellectuelle et professionnelle, données par le doctorat français et par les diplômes secondaires équivalents au baccalauréat français. Par contre, on ne leur doit pas autre chose que la liberté de la pratique privée, et il est légitime et nécessaire de réserver aux médecins nationaux toutes les faveurs administratives, c'est-à-dire l'accession privilégiée à tous les services publics.

Il suffirait pour cela d'étendre, par des dispositions légales, voire même par de simples instructions ministérielles, à tous les emplois et à tous les services rétribués sur les fonds publics, la réserve déjà formulée dans la loi actuelle, qui prescrit de n'admettre comme experts judiciaires que les médecins français ou naturalisés français. Cette disposition devrait s'appliquer aux emplois créés par les entreprises ou les industries concédées ou subventionnées par les pouvoirs publics ; par contre, nous avons indiqué plus haut pourquoi elle ne devrait pas s'étendre à l'externat et à l'internat des hôpitaux.

De plus, il est juste que les médecins étrangers soient soumis à toutes les charges qui pèsent sur les médecins français ; il conviendrait dès lors de compenser, par une élévation de leur patente professionnelle, les charges spéciales que le service militaire fait peser sur les nationaux ; sans parler du service actif, qui remonte à l'époque des études, les périodes d'instruction auxquelles ces derniers sont convoqués constituent une infériorité professionnelle évidente. La surcharge de la patente devrait se borner à rétablir autant que possible l'égalité des charges, sans s'élever assez pour devenir une mesure prohibitive.

Il nous a paru nécessaire, en raison de l'importance de la question, de l'émotion qu'elle a soulevée dans le corps médical, d'entrer dans des développements un peu longs pour indiquer les raisons qui motivent le vœu que la Commission soumet au Conseil de la Faculté. Nous vous proposons Messieurs, d'adresser ce vœu, avec le rapport qui le justifie, à M. le Ministre de l'instruction publique.

Le Conseil de la Faculté émet le vœu que l'admission en France des étudiants et des médecins étrangers soit soumise aux règles suivantes :

1° L'admission des étrangers dans les Facultés françaises, en vue de l'obtention du diplôme de docteur en médecine, est de plein droit quand elle a lieu dans les mêmes conditions que celle des étudiants français ; elle reste subordonnée à une autorisation ministérielle spéciale, accordée dans les conditions de la loi du 30 novembre 1892, quand ces étudiants ne sont pas porteurs des diplômes français exigés des étudiants nationaux.

2° Les étudiants ou les médecins étrangers pourront être admis, sans équivalences obligatoires, à titre d'étudiants libres, à suivre les cours et les laboratoires, à obtenir des certificats d'études supérieures, dans des conditions que chaque Faculté restera libre de fixer par des règlements particuliers. Les certificats de cette catégorie ne donneront pas droit à l'exercice de la médecine en France.

3° L'admission aux concours de l'externat et de l'internat des hôpitaux sera ouverte aux étudiants étrangers pour le doctorat, dans les mêmes conditions qu'aux étudiants français. Des dispositions réglementaires spéciales : limitation de durée, points d'avance, devront compenser les inégalités imposées par le service militaire.

4° Les médecins étrangers, ou naturalisés français, qui voudront exercer la médecine en France, devront justifier, au moment de leur inscription sur la liste professionnelle, du diplôme de docteur en médecine délivré par une Faculté française, et en outre du diplôme du baccalauréat français ou d'un diplôme étranger d'études secondaires réellement équivalentes. Les diplômes ou les certificats, qui pourront tenir lieu du baccalauréat français devront être indiqués expressément par le Conseil supérieur de l'Instruction publique et aucune dispense ne pourra être accordée en dehors d'eux.

5° Les médecins étrangers qui justifieront des diplômes prévus dans l'article précédent pourront librement exercer leur profession en France ; mais les médecins français seront seuls admis à remplir les emplois publics de toute nature, relevant des administrations de l'Etat, des départements ou des communes, des administrations qui s'y rattachent, ainsi que des entreprises concédées ou subventionnées par elles.

6° Les médecins étrangers exerçant en France seront soumis aux mêmes charges que les médecins français ; l'exemption du service militaire dont ils jouissent devra être compensée par une élévation de leur patente professionnelle.

(1) La création en France d'un examen d'état ouvrant seul le droit à l'exercice, proposée par quelques-uns, n'est pas une solution de la question posée. Au point de vue scientifique, il n'apporterait aucune garantie de plus ; il diminuerait au contraire, pour les étrangers, les obstacles fiscaux et les détails prolongés actuellement existants. Il ne deviendrait une barrière que par les conditions préalables d'inscription dont on l'entourerait ; mais ces conditions, nationalité ou diplômes secondaires, si on veut les établir, auront le même effet en les plaçant au moment de l'inscription sur la liste professionnelle.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat de l'Association des Médecins du Rhône.

Le Syndicat de l'Association des médecins du Rhône a, par l'intermédiaire de son secrétaire, adressé à tous les médecins du Département la communication suivante :

Monsieur et Honoré Confrère,

Le professeur Renaut, notre président, faisant en cette qualité partie de la Commission préfectorale chargée d'élaborer le règlement de l'Assistance médicale gratuite dans le département du Rhône, en exécution de la loi du 15 juillet 1893, a confié à la Chambre syndicale la tâche du fixer le tarif d'honoraires à demander aux communes pour le traitement des indigents.

La Chambre syndicale, après plusieurs délibérations, a conclu à l'adoption du tarif ci-joint. Mais avant de le soumettre à la commission préfectorale qui seule a qualité pour lui donner force de loi, elle désire connaître l'opinion des membres du Syndicat exerçant dans les communes du Rhône et les prie de vouloir bien lui donner leur appréciation.

Elle sollicite également l'avis des médecins non syndiqués, bien qu'elle ne soit pas chargée de la défense de leurs intérêts, et elle espère qu'ils lui enverront non seulement leur opinion, mais encore leur adhésion, le Syndicat ayant été créé pour la défense de tous les medecins exerçant dans le Rhône.

Ce tarif paraîtra peut-être un peu bas à quelques confrères. Mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'indigents, soignés gratuitement jusqu'ici par les médecins, et que, d'autre part, les communes, qui auront à s'imposer de ce chef des centimes additionnels, seront très avares de leurs deniers.

En attendant votre réponse, je vous prie d'agréer, mon cher confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Le Secrétaire, Dr CARRY

Tarif des visites aux indigents assistés par la commune

1° Visite ordinaire dans un rayon d'un kilomètre à partir du domicile du médecin.............. 1 50

2° Visite de nuit (de 8 heures du soir à 8 heures du matin) dans le même rayon.............. 3 »

3° Visite en dehors du rayon d'un kilomètre, même prix que ci-dessus, plus, par kilomètre aller et retour.............. 1 »

4° Consultation gratuite à jour et heure fixes, *soit* au *domicile* du *médecin*, *soit* au dispensaire communal ;

Par vacation, s'il n'y en a qu'une par semaine.............. 5 »

Par vacation, s'il y en a plusieurs.............. 3 »

5° Intervention en cas de dystocie.............. 20 »

Nota. — En principe, dans l'esprit de la Commission, une sage-femme sera chargée des accouchements simples (au prix de 15 fr. l'un, très probablement). S'il n'y a pas de sage-femme dans la commune, ou si le médecin de l'Assistance veut s'en charger, il recevra la même rétribution.

Les opérations de chirurgie d'urgence ou autres, seront, de la part du médecin, l'objet d'un mémoire spécial qui sera soumis à la Commision de vérification des comptes nommée par le Préfet.

REPORTAGE MÉDICAL

— *Conseil de surveillance de l'Assistance publique.* — M. le Dr Budin, professeur, et M. le Dr Gibert, membre du Conseil de Direction du « *Concours médical* », viennent d'être appelés à faire partie du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, l'un représentant les accoucheurs des hopitaux et l'autre les médecins du service de secours à domicile.

Hôpitaux de Paris. — Le Concours pour trois places de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Lesage, de Gennes, et Courtois-Suffit.

— *Un monument à Pasteur.* Le conseil d'arrondissement de Versailles vient de prendre l'initiative d'une souscription populaire, de cinq centimes à un franc, pour élever un monument à Pasteur. L'idée est déjà ancienne. Le conseil d'arrondissement de Versailles estime que le moment est venu de la reprendre, et il invite, par une circulaire, les conseils d'arrondissement de France d'y adhérer et de collaborer à son succès.

— *Le choléra en Egypte.* — L'épidémie qui sévit depuis quelques semaines et que nous avions signalée à son apparition dans les grandes villes, s'est considérablement étendue vers le sud et paraît avoir déterminé déjà environ dix mille décès. On s'accorde à reconnaître que la marche du corps expéditionnaire envoyé par les Anglais combattre les derviches à nos frais, a largement contribué à la propagation du fléau.

— *Cas de divorce.* — Pendant que le Parlement allemand reconnaissait l'aliénation mentale prolongée pendant trois ans, comme donnant droit au divorce, la Cour d'appel de Paris accordait la même valeur, ces jours derniers, à la syphilis communiquée, sciemment, à l'un des conjoints par l'autre qui avait contracté mariage sans être guéri.

— *Aux médecins de l'état civil de Paris.* — Une proposition récemment adoptée par le Conseil municipal de Paris va faire prescrire, aux médecins de l'état civil, de se faire présenter, autant que possible, les nouveau-nés en dehors de la chambre des accouchées et de ne demander à celles-ci aucun des renseignements recherchés dans un intérêt de statistique.

— *Ce que coûte l'alcoolisme.* — Le professeur Pellmann, de Bonn, a fait cet édifiant relevé : « Une femme est morte d'alcoolisme au commencement de ce siècle. Elle a eu jusqu'à nos jours 834 descendants : voici ce qu'ont été 709 d'entre eux :

106 étaient nés hors du mariage ; 162 sont devenus mendiants ; 64 ont vécu dans les dépôts de mendicité ; 181 femmes ont été filles publiques ; 76 ont été condamnés pour délits graves ou tentatives criminelles ; 7 pour meurtre.

Cette famille a coûté à l'Allemagne en secours, entretien, dommages causés, etc., la jolie somme de six millions.

— *Les Universités.* — L'officiel du 11 juillet a promulgué la récente loi sur l'organisation des Universités françaises.

La parole est maintenant aux municipalités des villes qui en seront le siège. Il dépend d'elles de tirer parti de la faveur accordée, en ne lésinant pas dans le vote des crédits nécessaires à des installations suffisantes.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4098. — M. le docteur BAUDELOCQUE, de Bassou (Yonne), membre de l'Association des médecins de l'Yonne et présenté par M. le docteur Petit, de Paris.

N° 4099. — M. le docteur BOURDON, de Méru (Oise), membre du syndicat des médecins de l'Oise.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur DUPORTAL, de Ruffec (Charente), membre du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 31 1er août 1896

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Etudiants et médecins étrangers. La circulaire ministérielle.

Sans nous faire attendre le projet de loi demandé par la Chambre, à la suite de l'interpellation Berry, Lannelongue, et Pédebidou, M. le ministre de l'Instruction publique vient de trancher la question des étudiants étrangers par la circulaire suivante :

Paris, le 21 juillet 1896.

Monsieur le Recteur,

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance les mesures que j'ai décidées au sujet des étudiants en médecine étrangers.

Les services et laboratoires de nos facultés de médecine continueront de rester grands ouverts, et sans conditions, aux médecins étrangers qui, leurs études terminées dans leurs pays respectifs, viennent en France pour se perfectionner dans telle ou telle branche de leur art.

Quant aux jeunes gens, chaque année plus nombreux, qui viennent de l'étranger en France, pour y commencer et y poursuivre les études médicales, il y a lieu de distinguer entre ceux qui ont l'intention de s'établir en France pour y exercer la médecine, et ceux qui se proposent, leurs études terminées, de retourner dans leur pays d'origine.

Pour les premiers, il est juste de les astreindre aux mêmes conditions que nos étudiants nationaux. Ils ne recevront donc le diplôme d'Etat, conférant le droit d'exercer la médecine en France, que si, au moment de leur première inscription, ils justifient du diplôme français de bachelier de l'enseignement classique (lettres-philosophie) et du certificat de sciences physiques, chimiques et naturelles.

Pour les autres, qui sont d'ailleurs de beaucoup les plus nombreux, il continuera de leur être accordé comme par le passé, et plus largement encore, dispense du baccalauréat français en vue de l'inscription dans les universités ; mais le diplôme qu'ils pourront recevoir à la fin du cours régulier des études ne leur conférera pas le droit d'exercer la médecine en France. Avis devra leur en être donné, aux secrétariats des facultés, au moment de leur inscription.

Les demandes de dispenses, formées par les étudiants de cette dernière catégorie, devront m'être adressées comme par le passé.

Les présentes mesures n'ont pas d'effet rétroactif et ne s'appliquent pas aux étudiants étrangers inscrits dans les Universités en 1895-1896.

Il continuera d'être accordé, en vue des études médicales, des équivalences de baccalauréat aux étudiants originaires de pays, auxquels nous lient, pour cet objet, des conventions internationales.

Recevez, etc.

Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes,
A. Rambaud.

Dès le début de la campagne organisée sur cette question, le « Concours médical » s'était ainsi exprimé par la plume de M. le Dr Gassot.

« Faut-il donc fermer à tous les étrangers les « portes de nos Facultés ? Nous ne le pensons « pas, nous sommes même d'avis qu'on les y ac« cueille avec la plus grande faveur ; mais..... « nous voudrions qu'on se préoccupât, dès le « jour de leur arrivée, de leurs *intentions* au « point de vue de l'exercice professionnel.

« Nul français ne peut exercer en France, s'il « n'a obtenu le diplôme de docteur en médecine « et pour obtenir ce diplôme, il a dû préalable« ment passer le baccalauréat ès-lettres philo« sophie, puis l'examen de sciences chimiques, « physiques et naturelles.

« Nous demandons que les étrangers soient « soumis à la même règle absolue, sans dispen« ses, sans équivalences d'aucune sorte. Ils pas« seront le baccalauréat, puis l'examen de scien« ces, feront leurs études médicales, seront re« çus docteurs et seront libres d'exercer en « France.

« Ceux qui ne passeraient pas par cette filière, « qui exciperaient de titres acquis dans leur pa« trie, pourraient être admis à suivre les cours, si « ces titres étaient reconnus suffisants, mais ils « ne pourraient recevoir qu'un diplôme *honoris*

« *causâ*, qui ne leur conférerait pas le droit « d'exercer en France.

« Il nous semble qu'on résoudrait du même « coup les deux problèmes de l'encombrement : « on aurait certainement beaucoup moins d'étu- « diants étrangers à la Faculté de Paris et beau- « coup moins de praticiens étrangers venant « nous disputer la clientèle.

« Quant aux étudiants sérieux, à ceux que nos « maîtres attirent autour de leurs chaires et « qui ne songent qu'à rentrer chez eux leurs « études terminées, ils n'en viendraient pas « moins en France et le titre de docteur de la « Faculté de Paris, fût-il simplement honorifi- « que resterait toujours recherché : on ne le « confondrait pas avec le diplôme de la Faculté « d'Iéna. »

C'est cette solution (protection universitaire sans variations d'aucune sorte) qui a été adoptée par M. Rambaud.

Les conséquences de cette mesure seront de deux sortes :

1° Au point de vue scolaire, il est à prévoir que, le nombre des étrangers appelés à produire, en s'inscrivant, le diplôme de bachelier, en vue d'une installation définitive en France après leurs études, sera insignifiant en 1897 et 1898.

2° Au point de vue de l'exercice de la médecine, les résultats ne se feront sentir que dans les premières années du siècle prochain, attendu que les 12 à 1500 étudiants étrangers actuellement présents dans les facultés, ne sont pas atteints, et pourront nous concurrencer librement.

Quoi qu'il en soit, la part du feu a été faite par une mesure d'ordre purement intérieur. A la barbe du chef protectionniste, le plus militant, M. Rambaud s'est montré bon prince : M. J. Guesde lui-même le reconnaîtra.

Que si les jeunes étrangers veulent désormais reconquérir le terrain perdu, il n'ont plus qu'une ressource, celle de commencer leur exode deux ans plus tôt, afin de venir nous demander les baccalauréats.

Peut-être, le feront-ils par amour pour notre pays.

Et dans ce cas, nous verrions ce fait curieux : le baccalauréat, si menacé au commencement de l'année, devenant la pierre de touche internationale des études d'enseignement secondaire :

Qui l'eût cru, M. Combes ?

H. J.

P. S. — Nous nous étions proposé de revenir aujourd'hui sur les conclusions du rapport de M. le Professeur Bard, publié au dernier numéro, mais cette étude perdrait de son intérêt après la décision ministérielle que nous venons de faire connaître.

Notre éminent collaborateur nous pardonnera de clore le débat, après l'intervention du Grand-Maître de l'Université.

LA SEMAINE MÉDICALE

Prophylaxie de la tuberculose.

La question de la prophylaxie de la tuberculose est actuellement la plus importante que la science essaie de résoudre ; les matériaux d'étude ne manquent pas et l'on ne saurait trop louer ceux qui se donnent pour mission de chercher à élucider ce problème capital pour la France et pour l'humanité. M. le Dr Casamayor de Planta, de Paris, a réuni dans sa thèse un grand nombre de documents concernant cette question et il formule ainsi les desiderata qui semblent découler de toutes les connaissances actuelles :

FEUILLETON

Deuxième aux bacheliers.

Je vous ai tracé le tableau de la profession médicale dans les grands centres, où les jeunes espèrent trouver bonheur et fortune, trop oublieux de l'*aurea mediocritas* du poète latin. Je vous ai exprimé les craintes d'un avenir encore plus sombre que le présent, et les événements ne me démentiront point.

Je n'ai pas insisté, et c'est pourquoi j'y reviens, sur la tâche quotidienne du médecin ; sur les tracas, les soucis, émotions, fatigues et travaux qui l'absorbent sans relâche lorsqu'arrivé par son travail, sa valeur et ses qualités personnelles, il occupe une situation lui permettant de vivre et d'assurer ses vieux jours. Situation si rare que l'on peut dire (ne l'oubliez pas), qu'elle est exceptionnelle!

Vous ne vous doutez pas du labeur journalier fourni par le praticien dont je vous parle. Il n'y a que lui qui le sache, et sans ce travail acharné il n'aboutira pas. — S'il est impressionnable, je le plains ; car les impressions se succéderont si rapidement qu'il lui faudra — surtout si elles sont durables chez lui — une organisation forte pour les supporter, et que son existence deviendra déplorable. — Comme tous ses semblables, le médecin est appelé à souffrir, sachez-le bien, et quoi qu'on en dise, ses peines ne sont pas comparables à celles des autres : — il souffre physiquement, moralement et intellectuellement.

Chez lui, le surmenage à certains moments qui se prolongent, hélas ! sans laisser d'intervalle entre eux, n'est pas un vain mot.

Les nuits blanches, les épidémies, les maladies saisonnières ne lui laissent aucun répit. Les courses à faire, malgré son activité, s'accumulent, et il tombe souvent le soir, anéanti, laissant de l'arriéré... Les étages s'ajoutent aux étages, et ces ascensions répétées chaque jour, pendant des années, sans repos, usent ses forces physiques, et l'on a pu dire, avec raison, que certaines affections cardiaques étaient des maladies de médecin ! — Et combien de médecin succombent autrement, tués d'une autre manière par leur profession !

S'il faut une provision considérable de forces physiques, il en faut une non moins grande de forces morales. — Le médecin se dépense tout entier dehors. Il doit toujours être d'humeur avenante et posséder mille qualités. On exige de lui toutes les vertus, et il doit s'appliquer à les posséder. Son esprit est sans cesse en éveil, son cerveau en travail. Il est toujours tourmenté par le désir de bien faire et de satisfaire chacun, par la crainte de commettre une erreur et par le souci de réussir et de soulager les souffrants.—Qu'il ne demande pas crédit au public, pour se rendre auprès des clients, pour guérir un malade ; le public n'entend pas de cette oreille. Le public, personnel et intraitable, veut être servi et guéri tout de suite, dans les maladies aiguës comme dans les maladies chroniques.

Le public est pressé. Le public demandera le médecin dans un cas où l'intervention médicale est inutile, et sera satisfait, à la condition que le mé-

La propagation et l'extension de la tuberculose peuvent être réduites à l'aide de mesures prophylactiques, puisque la contagion joue le rôle principal.

L'importance de l'hérédité étant reconnue moindre, les hérédo-tuberculeux, soustraits à l'influence de la contagion, peuvent éviter l'affection.

La collection des crachats et leur destruction rendent les dangers de la cohabitation nuls, et les garanties sont supérieures, si on traite de même les déjections des malades.

La désinfection des appartements habités par les tuberculeux est aussi nécessaire et produit d'excellents résultats contre la contagion.

On devrait éloigner de l'armée tous les sujets tuberculeux à tout degré.

Les hôtels et maisons meublés seront soumis à des désinfections obligatoires, chaque fois qu'un sujet tuberculeux avéré y aura séjourné et autrement, plusieurs fois dans l'année.

On défendra de cracher sur les parquets, dans les habitations, les lieux publics et on y usera de crachoirs portatifs, ou fixes.

Le lait et la viande d'animaux tuberculeux seront rejetés de la consommation et toujours soumis à la cuisson ou à la stérilisation, lorsque la provenance sera douteuse, ou simplement inconnue.

Des hôpitaux spéciaux pour les tuberculeux seront créés en dehors des villes (sanatoria).

La déclaration de la tuberculose sera rendue obligatoire, ou plutôt, la désinfection périodique sera appliquée au logement qu'occupe le tuberculeux. D'autre part, voici les mesures prophylactiques que la société médicale des bureaux de bienfaisance vient de demander à l'Assistance publique de Paris de mettre le plus promptement possible en pratique :

1° Les tuberculeux seront soignés par les médecins des bureaux de bienfaisance soit à la consultation pour les valides, soit à domicile pour les alités.

2° Les médicaments de toute nature utiles à leur soulagement pourront leur être prescrits en *quantités suffisantes*. Le lait, les poudres de viandes, les poudres féculentes leur seront donnés pour assurer leur suralimentation et seront fournis par les pharmaciens des dispensaires.

3° Le médecin dans ses visites veillera à ce que les mesures prophylactiques soient observées (désinfection des locaux, désinfection des objets de couchage des tuberculeux).

Une mention spéciale est faite, comme mesure prophylactique, des crachoirs que déjà la Société médicale des bureaux de bienfaisance avait réclamés.

Traitement des oxyures vermiculaires.

M. le Dr *Comby* préconise le traitement suivant pour débarrasser les enfants des oxyures vermiculaires, qui les infectent si souvent :

Ce traitement doit être à double action ; il consiste dans l'ingestion d'anthelminthiques éprouvés et dans l'emploi simultané de parasiticides locaux.

A tous les enfants qui se présentent à la consultation de l'hôpital Trousseau pour des oxyures vermiculaires, M. Comby conseille :

1° Prendre, pendant 3 jours consécutifs, le matin, à jeun, un paquet contenant :

Santonine................	0 gr. 05
Calomel..................	0 gr. 10

Chaque paquet est pris délayé dans une cuillerée de lait sucré.

2° Faire, pendant 3 jours consécutifs, le soir, au coucher de l'enfant, des onctions intra-anales avec le doigt enduit de la pommade suivante :

---

decin réponde vite à l'appel. Il ne se demandera pas, — le public, — s'il eût fallu demander le médecin plus tôt, lorsque le malade avait quelque chance de guérir. Non. Il croit avoir fait son devoir, avoir fait ce qu'il a pu et dû faire, en appelant le médecin au moment que lui-même a jugé urgent. Le médecin est venu de suite, tout est bien. Puisque le médecin est venu dès qu'il a été appelé, qu'il a dit : « il n'y a rien à faire » ou — « il y a très peu d'espoir », — le public est tranquille ! Qu'aurait-il pu faire de plus ? — Remarquez que ce bon public ne sera jamais aussi pressé dans un cas urgent que lorsqu'il s'agit d'un cas banal.

Remarquez qu'il sera pressé, dans les maladies aiguës, jamais dans les malaises avant-coureurs de maladies chroniques ou graves. C'est lui, je vous l'ai dit, qui juge de l'urgence et de l'opportunité des soins médicaux à donner. — Un enfant a des convulsions parce qu'il a mangé trop de fruits ou de bonbons, vite le médecin ! — Un enfant paraît indisposé, on attend huit jours, puis c'est la diphtérie ! Mais n'insistons pas sur la manière dont le public devrait consulter le médecin. Son éducation est entièrement à faire à cet égard, et il faudrait un long chapitre pour développer ce sujet. Je continue à vous présenter le public qui a toujours des prétentions médicales contre lesquelles il vous sera difficile de lutter (il croit souvent en savoir autant que le médecin) et qui vous demandera une *grande consultation* si au bout de quarante-huit heures une pleurésie grave n'est pas guérie, puis une deuxième grande consultation, pensant que vous n'êtes pas assez habile, ni assez énergique, puisque *cela ne va pas vite*. — Le médecin ne refusera jamais une consultation, quoique son amour-propre puisse en souffrir. Son amour-propre en souffre bien d'autres, et ses blessures sont incalculables !

L'ouvrier qui ne peut payer une *grande consultation*, demande l'avis d'un autre médecin, parce que le premier ne *connait pas* la maladie... ou n'a pas su la *prendre*. Et il change autant de fois qu'il y a de médecins dans le pays ou le quartier.

Le public demande au médecin l'adresse d'un spécialiste, et il en voit deux... trois, à tort et à travers, de sorte que, malgré les progrès de l'hygiène, la diminution du nombre des malades, il y a toujours et quand même du travail médical. Mais ces résultats (sont-ils heureux ?) sont contre-balancés par le plus grand nombre de médecins, par l'avilissement des tarifs et la résistance du public à rétribuer convenablement le médecin. Tous les jours certains médecins, dans un esprit de détestable concurrence, annoncent à son de trompe que leurs tarifs sont inférieurs à ceux de leurs confrères, s'abouchent avec des sociétés coopératives ou autres mutuelles, acceptent des combinaisons ruineuses, et une bonne partie de la masse s'adresse à eux. Quelle aberration monstrueuse de la part de ces médecins ! quel oubli de leurs obligations professionnelles ! Comme les boulangers et les épiciers entendent mieux leurs intérêts ! — D'un autre côté, à quelles catastrophes le public ne s'expose-t-il pas, avec sa conduite et ses idées insensées ? Je vous le laisse à penser. — Mais tout ce qui peut arriver de fâcheux, n'arrive-t-il pas, en

Glycérolé d'amidon... 20 grammes
Onguent napolitain... 10 —

Il est bien rare que ce traitement si simple échoue ; il est efficace dans l'immense majorité des cas, et il est inoffensif.

Il peut être répété sans inconvénient en cas de rechute ou de récidive. La dose de 5 centigrammes de santonine et de 10 centigrammes de calomel par paquet, est une dose moyenne, qui se prescrit aux enfants de 4, 5 et 6 ans.

Il n'y aurait aucun inconvénient, en cas d'insuccès, à porter la dose de santonine à 10 centigrammes par jour.

En partant de cette règle, 1 centigramme de santonine par jour et par année d'âge, on ne risque rien.

La santonine, quoi qu'on en ait dit, est un médicament peu toxique chez les enfants, et quand des accidents ont été observés, c'est que la santonine avait été employée à doses formidables.

Pour obtenir des troubles graves, chez les chiens, M. Combemale a été obligé de faire ingérer des doses de 10 centigrammes et plus par kilogramme de poids. Jamais, en clinique, nous n'approchons de ces doses toxiques et nous avons toujours soin, pour éviter l'accumulation, de prescrire, concurremment, un purgatif (calomel, huile de ricin), qui chasse devant lui les parcelles de santonine qui auraient pu rester dans l'intestin.

Mais enfin, si l'on a peur de la santonine, on pourra la remplacer par le semen-contra, qu'on donnera en électuaire, avec du miel (1 à 2 grammes par dose), ou en infusion :

Semen contra.................... 3 grammes
Faire infuser dans eau bouillante 10 —
Ajouter sirop de mousse de Corse 20 —

Quel que soit l'anthelminthique employé, n'oublions pas la recommandation suivante : Quand on veut voir disparaître rapidement les oxyures vermiculaires, il ne faut pas se borner à faire un traitement local, qui ne détruit que les parasites de passage, il faut par l'ingestion méthodique des vermicides, poursuivre les vers jusque dans leur repaire, c'est-à-dire dans l'intestin grêle et dans le cæcum.

Cette règle est d'ailleurs admise par la plupart des médecins d'enfants, qui sont d'accord sur les indications à remplir, s'ils ne le sont pas toujours sur les agents à employer.

La santonine, compte un grand nombre de partisans.

On a voulu ces dernières années, lui substituer la naphtaline qui, quoi qu'on en dise, est plus toxique et moins certaine dans ses effets.

Ungar, de Bonn, après avoir administré un laxatif, prescrit des doses de 15 à 40 centigrammes de naphtaline (suivant l'âge), au nombre de 4 par jour pendant 3 jours.

Le médicament est pris en poudre mêlée à du sucre, dans l'intervalle des repas, en ayant soin d'éviter les aliments gras et huileux qui pourraient dissoudre la naphtaline, accroître les chances d'intoxication, et diminuer l'action parasiticide.

Quand la première série de paquets est épuisée, on laisse reposer l'enfant pendant 8 jours et on recommence. Puis on laisse un intervalle de 2 semaines avant de terminer par une troisième cure.

En fait, cette seconde méthode est bien inférieure à celle du calomel et de la santonine.

Traitement des morsures de serpents venimeux.

A cette époque de villégiature et de promenades dans les forêts, il nous paraît intéres-

---

somme, par la faute du public ? On serait souvent tenté de dire qu'il n'a que ce qu'il mérite !

Où sont les vieux médecins, amis de la famille, d'autrefois ? que deviennent la direction médicale, les conseils éclairés, exécutés et suivis, l'autorité du médecin ? Disparue *la confiance* des malades dans le médecin.— Soutien de celui-ci, garantie de ceux-là !... Vous aurez une hésitation, un mot de doute ; croyant en la foi de votre client, vous lui en ferez part. Vous demanderez une consultation, ou vous donnerez l'adresse d'un spécialiste, et lorsque vous aurez tourné le dos, ce client ira vous prévenir que puisque vous avez dit que... Vous ne saviez pas... Vous ne vous imaginerez jamais ce que ces choses fréquemment répétées, ce que ces comparaisons qui vous seront plus ou moins favorables avec des confrères, froissent le cœur, découragent, et brisent l'énergie. Et vous entendrez des confrères réclamer pour le malade la liberté de choisir leur médecin ! Ah ! qu'ils l'ont bien cette liberté ! qu'ils en usent et en abusent bien ! que ces pauvres malades ne sont guère la propriété du médecin ! Est-ce un bien ? Est-ce un mal ? C'est encore une question à étudier, mais je vous assure que malgré votre nombreuse clientèle, malgré vos succès, malgré les clients qui vous consoleront et vous dédommageront, et malgré aussi votre scepticisme, il vous faudra un vrai courage pour supporter certaines défections. Vous n'y resterez pas indifférents. Il vous faudra être cuirassé, posséder une âme forte, pour résister à ces secousses, pour voir sans cesse votre bonne foi et votre sincérité suspectées et la malveillance s'exercer contre vous !

Méfiez-vous donc ! Soyez toujours sur le *qui vive ?* il le faut ! craignez le contrôle ! ou plutôt, — entendons-nous bien, — pensez toujours que vous allez être contrôlé, qu'on ira sans rien dire chez *un autre*, — ou à l'hôpital, ou à une clinique... Alors on vous dira en riant béatement nous sommes allé *ici* ou *là*... On nous a dit et donné la même chose que vous... Ou bien on vous dira de ne plus revenir, parce qu'on aura cru s'apercevoir (à tort ou à raison) d'une erreur plus ou moins grave de votre part. — Et voilà encore des voix, des clameurs contre vous, des appréciations de votre conduite médicale par *le public*, et vous en souffrirez quand même ! Et malgré tout, il ne vous suffira pas de dire à la fin de la journée : « J'aime la médecine, mais j'exècre ma profession » — « J'ai fait tant de visites, bonne journée...» — « Je n'ai pas vu de clients, mais j'ai vu des malades... » — Non ! car vous aurez une plus haute idée de la mission du médecin, et vous serez attristé à la pensée que le public échappe de plus en plus à son action. Et tout cela, je le répète, par la faute de ce public, mal éclairé, et par la faute des médecins trop nombreux, se faisant concurrence, faisant la chasse au client, craignant de lui déplaire, poussant à la liberté et au rabais, se dénigrant sans respect d'eux-mêmes, se dévorant entre eux... Cette situation où les « sans-scrupules » n'ayant rien à perdre dévorent les « honnêtes », ne s'améliorera qu'avec l'amélioration morale du médecin. Le niveau moral de la profession médicale, baisse... comment le relever ? mais je m'égare encore..

Oui, les médecins sont les ouvriers des ouvriers

sant, pour tout praticien, de connaître les moyens à employer aujourd'hui contre les morsures des serpents venimeux, et particulièrement des vipères, les seuls serpents venimeux qui habitent nos contrées (Jura, Loire-Inférieure, Vendée, Vosges, Seine-et-Marne, etc.)

M. le Dr *A. Calmette*, de Lille, qui a fait de ces questions une étude très détaillée et très remarquable, a réalisé de nombreuses expériences sur les venins des reptiles et a parfaitement démontré les faits suivants :

Tous les venins de reptiles, et en particulier, les venins dilués perdent toute propriété par l'échauffement au bain-marie dans les tubes scellés entre 80° et 100°.

L'acide phénique à 5 p. 100, le sublimé à 1 p. 5000, le sulfate de cuivre, l'eau naphtolée, le nitrate d'argent à 1 p. 100 ne modifient pas l'action des venins auxquels on les mélange. De même pour le chlorure de sodium, le sulfate de soude, l'iodure de potassium, l'iode, l'alcool, l'éther, le chloroforme, le chlorure d'éthyle, l'ammoniaque et les essences diverses.

La potasse et la soude en solution au 1/10 donnent quelques résultats, mais ne peuvent être employées. L'eau oxygénée, les acides phosphorique, sulfhydrique, chlorhydrique sont inactifs.

Le *permanganate de potasse* en solution au 1/100 injecté dans le trajet de la morsure annihile l'action du venin. M. Calmette a vérifié nettement ce fait découvert par Lacerda.

L'*eau bromée* diluée au 1/3 est aussi très efficace, mais elle est douloureuse en injection, bien que ne déterminant pas d'eschares.

L'acide chromique à 1 pour 100 est aussi très actif, mais est très douloureux et peut déterminer des eschares.

Mais, de toutes les *substances chimiques* les plus efficaces sont les *hypochlorites alcalins* et le *chlorure d'or*.

Le *chlorure de chaux* à 1/12, titrant 44,232 p. 1000 c. c. de chlore, dilué dans 3 ou 5 parties d'eau peut être employé sans inconvénient en injections. Les autres hypochlorites sont aussi inoffensifs et agissent en les injectant, *même après un temps assez long de la morsure et à un point assez éloigné du siège de cette dernière*. Rappelons à ce sujet que MM. Roux et Vaillard avaient constaté une action analogue des hypochlorites alcalins sur la toxine tétanique.

Les injections interstitielles de *chlorure d'or* à 1 p. 100 sont aussi efficaces, mais leur action est plus fugace que celle des hypochlorites.

Sérum antivenimeux. Il est bien démontré actuellement que les serpents venimeux d'abord et certaines espèces animales, comme la grenouille, le hérisson, le mangouste, le porc même, jouissent d'une immunité à peu près complète à l'égard du venin.

L'immunité acquise est aussi indiscutable chez certaines gens. Les charmeurs de serpents de l'Inde paraissent en connaître le secret, et M. d'Abbadie a communiqué récemment à l'Académie des Sciences, une note du colonel Serpa Pinto, indiquant par quel procédé les indigènes de Mozambique se donnent l'immunité en s'inoculant une pâte contenant le venin du serpent alcatifa.

Le docteur Jacolet a aussi décrit les inoculations successives que se font, au Mexique, les Indiens Curados de Culebras, au moyen de crochets de crotale pour obtenir l'immunité.

En France, même, certains chasseurs de vipères obtiennent l'immunité absolue en se faisant mordre volontairement.

En considération de ces faits indiscutables, M. Calmette a vacciné des chevaux en injectant dans les veines des doses croissantes du venin,

---

comme dit Munaret, et votre heure ne vous sera pas toujours payée bien cher, quand elle vous sera payée.

Aujourd'hui, votre journée de médecin de quartier (et il faut rayonner loin pour arriver à un résultat satisfaisant) remplie par des courses sans fin, vous rentrez... on viendra toujours ! — Docteur ce n'est pas loin !... — Oui, mais cent fois pas loin !... — On ne vous comprendra pas, et vous retournerez faisant une navette perpétuelle, ne pensant pas à vous, mais aux clients égoïstes qui ne pensent qu'à eux. Vous reviendrez brisé, apportant des maladies à vos enfants que vous n'avez pas le loisir d'embrasser, regrettant d'être marié, puisque vous n'appartenez qu'aux autres et non aux vôtres, vous lamentant de ne pouvoir vous livrer à une lecture reposante, à un travail favori, à une promenade révulsive, vous couchant terrifié à la pensée que tel et tel vont venir dans la nuit (et ils viendront) dormant d'un sommeil court, rempli de cauchemars, traversé par des souvenirs de malades qui ne vont pas, par des remords de diagnostics incertains. Et le lendemain, vous recommencerez la même lutte, le même travail, les mêmes repas hâtifs, les mêmes courses précipitées, les mêmes discours aux chroniques qui usent votre rhétorique.

Sont-ce là, dites-le-moi, les soucis passagers et matériels des autres professions ?

En plus, — des rendez-vous par ci, des appels, des heures fixes, des ordres par là, des dépêches téléphoniques ou télégraphiques à toute heure.

On vous apprendra qu'un confrère nouveau arrive, qu'un ancien combat une idée généreuse que vous avez émise, une œuvre utile que vous avez fondée. L'administration vous demandera pourquoi vous n'avez pas déclaré telle maladie contagieuse, le Bureau de Bienfaisance pourquoi vous ne vous êtes pas rendu *illico* auprès d'un tuberculeux à la dernière période, le Président d'une Société de Secours mutuels, pourquoi vous avez donné deux fois du quinquina à un sociétaire en quatre jours ; un autre Président vous demandera pourquoi vous n'étiez pas là à l'heure de votre consultation, parce que les ouvriers ne peuvent attendre, et pourquoi vous n'êtes pas à votre consultation le dimanche. — Vous trouverez sur votre bureau un journal local (!) jugeant votre conduite auprès d'une famille et se plaignant de ce que vous avez refusé de vous déranger la nuit, — une convocation comme témoin à la Cour d'Assises, parce que vous vous êtes dérangé gratis pour donner vos soins à un malandrin qui avait reçu un coup de couteau dans un bal musette, et vingt autres convocations auxquelles vous ne pouvez vous soustraire. — Je ne parle pas des tireurs à la corde qui vous demanderont de les reconnaître malades, des mauvais payeurs qui vous demanderont pourquoi vous les poursuivez, des discussions de notes quand vous êtes préoccupé au sujet d'un malade gravement atteint, des gros mots, injures même qui vous sont adressés par des ingrats ou des débiteurs, des déplacements inutiles, etc. Ce sont là des détails misérables, monnaie des soucis, je l'accorde, mais quelquefois si fréquents, si irritants, que leur influence sur la conduite et le caractère n'est pas négligeable.

mélangé à une quantité très petite et graduellement décroissante d'une solution d'hypochlorite de chaux à 1/60. Les injections sont répétées tous les 4 ou 5 jours. Au bout de six mois, le sérum de ces chevaux jouit de propriétés thérapeutiques, et l'on peut s'en servir contre toutes les morsures de serpents venimeux, quelle que soit leur espèce. Il est doué à la fois d'un pouvoir préventif et curatif. Voici, en matière de conclusion, le *traitement des morsures venimeuses* telles que le conseille M. Calmette :

« La première précaution est de serrer le membre mordu à l'aide d'un lien ou d'un mouchoir, le plus près possible de la morsure entre celle-ci et la racine du membre.

On lavera la plaie avec une solution récente d'hypochlorite de chaux diluée à 1 gramme pour 60 d'eau bouillie.

On injectera une dose de sérum anti venimeux dans le tissu cellulaire sous-cutané, au niveau du flanc droit ou gauche, avec les précautions antiseptiques usuelles. On injectera ensuite avec la même seringue, dans le trajet de la morsure et autour de celle-ci, en trois ou quatre endroits différents, quelques centimètres cubes (8 à 10 cc. environ) de la solution d'hypochlorite de chaux. Ces injections ont pour but de détruire sur place le venin qui n'a pas été absorbé.

On pourra dès ce moment enlever la ligature du membre, frictionner le malade, lui faire prendre du café et du thé, le couvrir chaudement pour provoquer une abondante transpiration.

A ce traitement, on peut adjoindre sans inconvénient et peut-être avec efficacité la méthode de Mueller, de Victoria (Australie). Ce médecin, se basant sur la tolérance à la strychnine des personnes mordues par les serpents venimeux, leur injecte UN CENTIGRAMME de strychnine, et répète la dose, si la pâleur et la faiblesse du pouls persistent ; puis, il donne de l'alcool en grande quantité.

Quant aux cautérisations de la morsure, elles sont inutiles, d'après M. Calmette. Nous les ferions cependant.

Pilules contre les névralgies.

M. le Dr *Maurice Bastié*, médecin de l'hospice de Graulhet, recommande tout particulièrement l'emploi des pilules suivantes contre toutes les douleurs de cause névralgique :

Extrait de jusquiame, 12 centigrammes ;
Extrait de valériane, 15 centigrammes ;
Chlorhydrate de morphine, 1 centigramme ;
Poudre de réglisse, q. s. pour une pilule.
Faites ainsi 20 pilules.

Les pilules ci-dessus offrent quelqu'analogie avec celles de Méglin ; mais elles en diffèrent par les proportions, et par la présence de la morphine, qui remplace l'oxyde de zinc. Elles sont beaucoup plus efficaces, et leur action, d'après de nombreuses expériences, est beaucoup plus prompte et plus sûre que celle de toutes les autres pilules, dont la réclame s'est emparée. On en prend une le soir en se couchant, et une autre le matin, en s'éveillant ; si la douleur est extrêmement vive, on peut en prendre une troisième vers le milieu de la nuit. Ce chiffre 3 dans les 24 heures ne doit pas être ordinairement dépassé.

Il est important de ne les prendre que loin des repas, et lorsque la digestion est complètement terminée.

Après la première pilule, ou la seconde, la douleur se calme, et un sommeil doux et réparateur s'empare du malade, qui avait passé les jours, et surtout les nuits, dans des souffrances atroces.

Lorsque la névralgie est simple, dépourvue de

Ce n'est pas tout.

Vous arrivez à peu près à tout faire, et assez bien.... mais bientôt, avec les progrès de la science, avec les nouvelles méthodes basées sur la bactériologie, avec les moyens de diagnostic nouveaux, et l'instrumentation médicale nouvelle, vous aurez beau vous multiplier, vous n'y arriverez pas. Je vous disais tout à l'heure que, plus il y a de médecins, plus il y a de malades, ou plutôt plus il y a de visites médicales ; mais si jusqu'ici vous avez pu y trouver votre compte, il n'en est déjà plus de même maintenant. Vos clients seraient-ils tous riches qu'il vous sera impossible d'exiger d'eux des honoraires en rapport avec le temps que vous leur consacrerez.

Vous ne vous imaginez pas ce qu'il faut de temps, de marches, contre-marches, pour soigner un malade aujourd'hui. (Que serait-ce à la campagne où il faut presque tout faire soi-même ?) Vous avez un cas de diphtérie chez un enfant d'une famille nombreuse, où vous ne pouvez faire de l'isolement. Il vous faudra faire faire les analyses bactériologiques ; il vous faudra analyser ou faire analyser les urines ; il faudra prendre la température, pratiquer des examens, faire des lavages, des injections, des vaccinations de sérum, et cela pour chaque malade ! Et il faut faire votre métier, et le bien faire surtout ! C'est votre devoir ; impossible de reculer ! — Lorsque vous serez dans cette situation, vous m'en donnerez des nouvelles ! Vous me direz ce que vous pensez d'une visite d'une heure quand vous avez d'autres malades qui vous attendent, vous talonnent et vous demanderont autant de temps et que vous ne saurez par où commencer ou continuer ! Il y a déjà de quoi perdre la tête. — Et vous n'ignorez point que sous peu, il en sera ainsi pour la plupart des maladies. Les visites médicales demandent déjà beaucoup plus de temps qu'autrefois. Que deviendra le médecin dans l'avenir, puisque le taux des honoraires s'abaisse au lieu de s'élever ? – Il semblerait qu'il y ait, dans ces faits, une raison pour accepter avec satisfaction l'augmentation du nombre des médecins, mais ce qu'il ne faut point perdre de vue, par contre, c'est qu'il y a de la déperdition — (déperdition qui augmentera toujours) — d'un temps précieux. Ce temps est improductif ou insuffisamment productif. — Vous rendez-vous compte du danger ? — Ah ! si le client pouvait apprécier le temps et les soins du médecin et pouvait le rétribuer convenablement, ce serait parfait ; davantage de médecins et chacun y trouvant son compte ! — Mais je crains bien que le prix des *soins donnés*, demandé en plus du tarif de la visite simple, ne soit difficile à obtenir. Il ne pourra l'être en tout cas dans la classe ouvrière ; donc *perte absolue de temps* pour le médecin et : *Time is money*.

Je pourrais allonger la liste des difficultés qu'offre la pratique médicale, et du peu d'avantages que cette profession vous promet, mais je m'en tiendrai là pour cette fois, ne me faisant pas d'illusion sur votre incrédulité, et n'espérant pas plus vous convertir cette fois que la première. Pourtant, à bon entendeur, salut !

Un ami de la jeunesse.

complication, cette médication suffit. Dès les premières heures, on est débarrassé de la maladie ; on peut continuer, une pilule le matin et une le soir, pendant huit ou dix jours, pour donner à la morphine le temps de modifier la constitution nerveuse, et de prévenir la récidive.

Dosage clinique de l'acide urique, dans l'urine.

Le dosage de l'acide urique est le plus souvent pratiqué par la méthode des pesées, qui exige un outillage compliqué. Voici un procédé simple, publié dans la *France médicale*. On additionne l'urine d'un excès de carbonate de soude et l'on se débarrasse des phosphates par la filtration, puis on verse goutte à goutte, dans une quantité quelconque d'urine, 20 grammes, par exemple, la solution suivante :

Sulfate de cuivre............	1 gr 484
Tartrate natrio-potassique...	40 —
Hyposulfite de soude.........	20 —
Eau distillée (q s. p. f.)......	1.000 —

Un centigramme de cette solution précipite 0,001 d'acide urique ; ce dernier forme au fond du verre une poudre blanche caillebotée. Quand il ne se produit plus de précipité, la réaction est terminée.

CHIRURGIE PRATIQUE

Ulcérations de l'amygdale.

Les ulcérations de l'amygdale sont dues, le plus souvent, à la syphilis, à la tuberculose ou au cancer. Les pertes de substances de nature syphilitique sont les plus fréquentes et parmi elles le chancre vient en première ligne et par l'importance de la précocité d'un diagnostic et par les erreurs multiples auxquelles il peut donner lieu. Nous étudierons donc, surtout, les signes du chancre amygdalien, réservant pour le diagnostic de cette affection l'étude des autres lésions ulcéreuses de cette région.

Le chancre de l'amygdale a été longtemps ignoré, malgré sa fréquence relativement élevée, puisque Baek est allé jusqu'à le proclamer « le plus commun de tous les chancres extra-génitaux ». Comme le fait remarquer le professeur Fournier dans une de ses leçons, la fréquence du chancre à ce niveau est amplement justifiée par la salive qui charrie le germe, par les irrégularités de surfaces de l'amygdale « véritables chambres de stagnation », par la fréquence des inflammations de la gorge appelant l'infection.

En général unique, le chancre siège à des niveaux différents. Placé sur la face interne de la glande, il s'étend soit sur le pilier antérieur, soit sur le pilier postérieur, soit aussi, mais plus rarement, sur la base de la langue. Son étendue varie de quelques millimètres à deux ou trois centimètres, mais le plus souvent il ne dépasse pas les dimensions d'une pièce de cinquante centimes.

Sa forme est aussi variable : tantôt ovalaire à grand axe vertical, tantôt arrondie, tantôt enfin irrégulière.

La symptomatologie du chancre de l'amygdale est des plus simples : son début est banal ; le malade souffre de la gorge, d'abord si légèrement qu'il n'y porte même pas attention, puis avec une intensité progressive qui éveille ses inquiétudes et l'amène chez un médecin auquel il dit : « J'ai une angine. » Deux choses frappent alors le praticien.

D'abord *l'unitéralité* de la douleur de la gorge, car, nous l'avons dit, le chancre, sauf de très rares exceptions est unilatéral, tandis que dans une angine banale les deux amygdales sont toujours prises. Ce qui attire ensuite l'attention du médecin est la *durée* de cette soi-disant origine : le malade dit que la douleur est apparue souvent plusieurs semaines avant.

Inspectant le pharynx de son malade en lui faisant prendre la position la plus convenable pour l'éclairage et la facilité de son examen, le médecin trouve alors, sur une amygdale, une perte de substance qui revêt un des trois états objectifs suivants : soit une *ulcération à forme érosive*, soit une *ulcération à forme ulcéreuse*, soit une *ulcération à forme angineuse*.

Le chancre de forme érosive est le plus commun. C'est aussi celui qui donne le minimum de symptômes fonctionnels et qui, par conséquent, passe le plus facilement inaperçu ; dans ces cas, l'explosion secondaire semble, quelques semaines après, inaugurer l'infection syphilitique, si bien que l'on a pu soutenir à tort l'existence de la syphilis « *décapitée* », suivant l'expression du professeur Fournier.

Donc peu de douleur, peu ou point de tuméfaction locale, ni de rougeur. On ne voit, sur l'amygdale atteinte, qu'une légère érosion, très superficielle, souvent très petite, tantôt grisâtre, tantôt rouge, à fond le plus souvent rendu inégal par les anfractuosités normales de l'amygdale.

Donc, rien de bien saillant ; mais deux signes existent qu'il faut chercher, l'un tout au moins, car l'autre saute aux yeux. Celui que l'on voit toujours, que le malade accuse lui-même, c'est l'*adénopathie*, sur laquelle nous reviendrons. L'autre signe qu'il faut rechercher, c'est l'*induration*. Pour constater cette induration, on peut employer un seul doigt, de préférence les deux mains. L'index d'une main est appliqué sur la face interne de l'amygdale, tandis que les doigts de l'autre main sont placés derrière l'angle de la mâchoire, empêchant la glande de se déplacer en dehors.

On sent ainsi l'amygdale grosse, dure, comme cartilagineuse. Cependant, cette induration est quelquefois trop peu accentuée pour être appréciable ; on a même prétendu qu'elle était « impossible à percevoir » ; cela n'est vrai que pour quelques cas.

Dans le chancre de forme ulcéreuse on note une douleur plus intense, et de la dysphagie ; un développement plus marqué de l'amygdale qui est comme étalée dans sa loge ; enfin, une ulcération profonde, qui semble creuser la glande. Les bords de cette plaie, boursouflés, épaissis, la rendent en apparence plus profonde, de même que les sillons normaux de la glande peuvent faire croire à une étendue plus grande de la perte de substance. Mais cette ulcération éveille l'idée d'un chancre par trois caractères : son *étendue*, son *aspect*, sa *dureté*. Son étendue varie entre celle d'une pièce de dix sous à celle de deux francs. Son aspect est de mauvaise nature : d'une teinte gris jaunâtre, quelquefois rouge bleu, parsemé de points jaunes, ou d'un blanc pultacé sur un fond vineux. Enfin, toute

la région est indurée, l'amygdale est rénitente sous le doigt. N'oublions pas l'adénopathie symptomatique.

Dans le chancre de *forme angineuse*, d'ailleurs plus rare que les deux précédents, l'erreur est facile. Comme dit le prof. Fournier, cette forme a conduit à des méprises absolues, parce que « c'est une amygdalite, plus un chancre ». En effet, l'amygdale est rouge, dure, tuméfiée, au point de s'avancer jusque sur la ligne médiane de l'isthme bucco-pharyngé; de plus, les douleurs et la dysphagie sont très marquées; enfin, il n'est pas rare de noter des troubles généraux, tels que légère réaction fébrile, courbature, inappétence. C'est donc une amygdalite. De plus, il y a, comme au second plan, un chancre, sous forme d'une ulcération petite ou moyenne, au sommet ou sur un des versants de la tumeur, souvent masquée par des exsudats grisâtres. Si bien que ce qui frappe, c'est l'amygdalite; et si l'on ne songe pas à la possibilité d'une lésion syphilitique, le chancre passe inaperçu.

A côté de ces formes classiques, on a décrit des variétés moins importantes et plus rares, intéressantes et utiles à connaître, cependant, pour éviter des erreurs de diagnostic. Ce sont la variété *diphtéroïde* et la variété *gangréneuse.*

Dans la variété diphtéroïde, on note en plus des signes précédents, un exsudat pseudo-membraneux comme dans les angines blanches.

Cet exsudat recouvre l'ulcération spécifique dans toute son étendue; il adhère solidement à la surface sous-jacente; il est couenneux plutôt que pultacé, si bien qu'il forme une pellicule qui se déchire en lambeaux. Pour compléter l'idée d'une angine couenneuse qui se présente naturellement à l'esprit, on note une adénopathie cervicale empâtée et sensible comme celle des angines infectieuses aiguës, et des phénomènes généraux, absents d'ordinaire dans le chancre amygdalien.

La variété gangréneuse est exceptionnelle. Sa caractéristique est la formation sur l'ulcération de petits îlots noirs de gangrène, donnant à l'haleine une fétidité toute particulière; de plus, on note comme dans la forme précédente tout un cortège de phénomènes généraux qui ne peuvent que contribuer à égarer le diagnostic. Dans toutes les formes, l'adénopathie est constante. Le bubon du chancre de l'amygdale siège dans les ganglions latéraux du cou, au niveau de la grande corne de l'hyoïde et sur les côtés du cartilage thyroïde. C'est une adénopathie indolente; les ganglions sont durs, non enflammés. En général, à côté d'un ganglion volumineux, on en trouve plusieurs petits; il n'est pas rare de noter un véritable chancre ganglionnaire au pourtour du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Tels sont les signes du chancre de l'amygdale. Nous avons insisté sur leur description et leur allure clinique, pour pouvoir en faire en détail le diagnostic avec les différentes lésions ulcéreuses de l'amygdale.

Le diagnostic positif du chancre amygdalien est relativement facile, si on y pense. Il peut passer inaperçu pour différentes raisons. Son siège n'est pas celui que l'on attribue plus volontiers à une lésion de cette nature; ses symptômes fonctionnels rappellent ceux de l'angine; ses signes objectifs sont assez difficiles sinon à percevoir, du moins à bien mettre en lumière comme dans les chancres génitaux que l'on a mieux en main. Donc il sera facile d'ignorer un chancre de l'amygdale, non parce que l'on sera ignorant, mais parce que l'on se laissera surprendre. Il faut donc toujours songer à une lésion spécifique, et rechercher les deux points principaux que nous avons signalés : l'adénopathie et l'induration, qui ne font pour ainsi dire jamais défaut et qui survivent un certain temps au chancre.

Avec quelles affections peut-on confondre le chancre de l'amygdale? Enumérons-les. Avec les autres lésions de la syphilis, avec le cancer, la tuberculose, avec certaines formes d'angine.

La plaque muqueuse sur l'amygdale ressemble à s'y méprendre au chancre de forme érosive. Comme dans ce dernier cas, c'est une lésion superficielle arrondie ou ovalaire, rouge ou grise, opaline, etc. On se basera donc pour faire un diagnostic sur l'absence d'induration dans la plaque muqueuse; l'adénopathie, qui est le plus souvent absente ou insignifiante dans l'accident secondaire; sur la simultanéité d'autres accidents: enfin, si on cautérise soit au nitrate d'argent, soit au nitrate de mercure, cette érosion, on la voit se cicatriser en deux ou trois jours, alors que le chancre résistera longtemps à cette thérapeutique.

A la période tertiaire, l'ulcération gommeuse par son aspect, son excavation, son induration, pourra faire penser au chancre. Mais ici encore, pas d'adénopathie, sinon monoganglionnaire; et de plus, il est infiniment improbable que le passé pathologique du malade ne mentionne pas un accident spécifique.

L'épithélioma ulcéré sera distingué du chancre amygdalien assez facilement, sinon par ses signes objectifs, du moins par son évolution. Le cancer est une affection progressive, lente, qui a demandé en général plusieurs mois pour s'ulcérer, tandis que le chancre évolue en deux ou trois semaines. L'adénopathie du chancre est sa contemporaine; celle de l'épithélioma est tardive.

L'ulcère tuberculeux de l'amygdale a les mêmes caractères objectifs que celui de la langue; il est, de plus, exceptionnellement primitif et presque toujours dû à l'extension de lésions semblables du larynx.

Le lupus de la gorge et de l'amygdale peut davantage favoriser une erreur. On note dans cette affection un érythème livide, violacé, occupant surtout les piliers; puis une érosion progressive qui envahit le voile du palais et le pharynx ou des ulcérations à contours arrondis ou irréguliers, à bords souvent à pic, à fond bourgeonnant et jaunâtre. Mais l'ulcération de l'amygdale n'est jamais seule; le voile du palais, le pharynx, l'épiglotte, sont atteints; enfin l'évolution ultérieure ne permettra pas une hésitation prolongée.

Peut-être plus fréquemment a-t-on confondu le chancre de l'amygdale avec des affections aiguës de la gorge, avec certaines formes d'angines. Le diagnostic avec l'angine banale est trop simple pour que nous insistions et cependant l'erreur a été commise parce que le médecin a examiné superficiellement son malade, sans songer à la possibilité d'un accident spécifique

derrière les signes bénins d'une simple amygdalite.

La variété diphtéroïde a fait confondre le chancre de l'amygdale avec l'angine diphtérique et surtout avec l'angine couenneuse.

L'angine diphtérique se différenciera par la bilatéralité des fausses membranes, qui apparaissent comme phénomène initial ou précoce de l'affection ; les cultures lèveront d'ailleurs tous les doutes.

L'erreur, qui consiste à prendre le chancre de l'amygdale pour une angine couenneuse, a été souvent notée pour trois raisons :

1° L'aspect couenneux que prend quelquefois le chancre ; 2° les troubles fonctionnels qui sont quelquefois plus intenses ; 3° les phénomènes généraux qui font croire à une infection aiguë. Le professeur Fournier a résumé les éléments de ce diagnostic différentiel. Dans l'angine couenneuse on note une invasion soudaine brusque, à grand fracas, comme dans toutes les maladies infectieuses aiguës : le malade a un frisson ; il est courbaturé ; il se plaint d'une céphalalgie intense ; la température accuse 39°. A ce moment il serait permis de constater sur la gorge et l'amygdale une éruption vésiculeuse, mais ce signe échappe toujours. Le début est bien variable dans le chancre : l'invasion est silencieuse ; le malade ne va pas consulter le plus souvent.

Dans l'angine les lésions sont fréquemment bilatérales, tandis que l'unitéralité des lésions dans la syphilis est la règle.

L'angine s'accuse par des symptômes locaux inflammatoires ; rougeur et tension des parties, douleurs et brûlure de la gorge, dysphagie, etc. De plus, on note toujours des symptômes généraux très accentués tels que de la fièvre qui s'élève à 40°, et tout un cortège de troubles sympathiques, tels que inappétence, céphalalgie, courbature, abattement. Par contre, le chancre de l'amygdale n'offre que des symptômes angineux d'intensité moyenne ; quant aux troubles généraux ils passent inaperçus à de très rares exceptions près.

Parmi les signes locaux de l'angine couenneuse, deux sont plus importants : c'est d'une part le contour festonné polycyclique de la fausse membrane, vestige de l'éruption herpétique du début, et d'autre part la coïncidence d'herpès sur la muqueuse buccale. De plus, le groupe ganglionnaire constant, aphlegmasique, indolent du chancre ne sera pas confondu avec l'adénopathie inconstante, peu développée et de caractère fluxionnaire de l'angine.

Enfin, si le diagnostic n'est fait que par l'évolution, la durée de la fausse membrane à laquelle succède l'ulcération chancreuse contrastera avec la marche rapide, aiguë de l'angine couenneuse qui, selon l'expression de Bourges, « tourne court » au 4e ou au 5e jour.

Nous nous résumerons en disant que dans la grande majorité des cas le diagnostic des ulcérations de l'amygdale et particulièrement du chancre, n'offre pas de difficultés très grandes, et qu'il suffira de songer à lui pour éviter une erreur grossière et dangereuse sous le couvert d'une angine banale.

A. Pascal,
Interne des Hôpitaux de Paris.

CLINIQUE MÉDICALE

Traitement des diverses variétés de gastrite.

D'après les leçons faites à l'hôpital Saint-Antoine, par le professeur Hayem, les 27 juin et 4 juillet 1896, et recueillies par M. le Dr Leray.

Suivant que le résultat de l'analyse indique que l'on se trouve en présence de l'une ou l'autre des formes de dyspepsie (hyperpepsie, hypopepsie ou apepsie), l'on recommande, en plus des règles générales communes (avec quelques variantes) à tous les cas une médication particulière.

1° Hyperpepsie. — Le professeur Hayem distingue la forme hypersécrétante, avec ou sans dilatation, et la forme hyperpeptique avec faible sécrétion et digestion courte sans dilatation.

A. Hyperpepsie avec hypersécrétion sans dilatation. Assez fréquemment s'observent des phénomènes subjectifs stomacaux.

Dans ce cas, on instituera un régime sévère, surtout si les digestions empêchent le sommeil ; on conseillera une révulsion locale, faible et continue (maillot humide, à l'eau froide ou chaude, porté jour et nuit, ou seulement la nuit); l'hydrothérapie froide.

La cure gastrique consistera à employer un médicament destiné à modifier le type chimique Dans ce cas, on ordonnera l'eau alcaline sulfatée surtout s'il y a retentissement du côté du foie.

Les cardiaques, les phtisiques, les vieillards, les gens affaiblis, la supportent difficilement.

On peut la préparer artificiellement :

Eau de Carlsbad artificielle.

Eau distillée...........		1000 gr.
Sulfate de soude.......	ââ	2 gr. 50
Bicarbonate de soude..		
Chlorure de sodium....		1 gr.

La dose prise quotidiennement sera de 250 à 500 gr. ; jamais plus.

L'eau est prise le matin à jeun en trois fois ; attiédie au bain-marie (40°) ; on augmente la dose de 50 gr. par jour et on se maintient au maximum pendant 25 ou 30 jours. Aux repas on supprimera le lait et l'on prendra de l'eau ou de la bière.

Comme résultat, l'on observe une diminution de sécrétion, une rapidité plus grande dans les digestions, une diminution de l'hyperpepsie.

Tous les chiffres sont au maximum au bout d'une heure, ce qui indique que la digestion se fait plus vite.

Cette amélioration dure quelque temps, puis diminue.

Quand l'eau de Carlsbad est mal supportée, employer l'eau de Vichy sulfatée à jeun.

Les résultats sont analogues :

On commence par ajouter à l'eau de Vichy, 4, puis 5 et 6 gram. ; on se maintient à 6 gr. pendant 25 ou 30 jours.

Chez les constipés, employer l'eau de Carlsbad artificielle, ou de Vichy sulfatée ; tantôt l'eau de Carlsbad augmente le flux intestinal, et celle de Vichy le diminue, tantôt c'est l'inverse.

Si la constipation persiste, on conseillera le massage du gros intestin.

B. Hyperpepsie avec dilatation.

Si la dilatation est récente, même traitement que ci-dessus.

Si elle est ancienne, on commence à préparer le malade par l'établissement d'un régime. On massera doucement l'estomac, et l'intestin (s'il y a constipation).

Une forte dilatation indique l'ancienneté des lésions et par conséquent sera l'indice d'un traitement plus long.

On fera alterner à 2 ou 3 mois de distance la cure de Carlsbad avec la cure de Vichy.

C. Hyperpepsie avec faible sécrétion, sans dilatation. Le plus souvent, c'est le type des gastrites médicamenteuses, passagères ordinairement et accompagnées de gastro-névrose ; peut-être, l'observe-t-on, dans les gastrites parenchymateuses mixtes.

Dans les deux cas cette forme s'accompagne de flatulence et de tympanisme ; l'estomac peut être fortement distendu et paraît dilaté.

Comme traitement on conseillera l'abstention des féculents. On ne fera pas de cure gastrique au début, puis on donnera l'eau minérale au sulfate de soude.

Eau de Sautenay artificielle.

Eau distillée..............	1000 gr.
Chlorure de sodium.......	5 gr. 1/2
Sulfate de soude..........	2 gr. 1/2
Chlorure de lithium.......	1 gram.

Cette eau est à la fois sédative et remontante.

On suit ce traitement 5 ou 6 semaines seulement ; on portera en même temps un maillot humide.

Dès que le tympanisme diminue, permettre féculents et compotes de fruits.

Souvent le type change, les malades se sentent moins bien, l'estomac se dilate. A ce moment, faire la cure par l'eau de Vichy sulfatée et l'eau de Carlsbad.

Par conséquent, au bout de 2 à 3 mois, on trouve un type hyperpeptique avec hypersécrétion ; on donne alors le régime de ce type et le malade s'améliore.

II. Forme hypopeptique avec, ou sans dilatation.

A. Hypopepsie avec dilatation. On observe rarement cette forme, et seulement dans les cas anciens ; ne prescrire aucune cure ; on doit s'en tenir au régime seul, au massage, à l'hydrothérapie. Par le régime, le type se transforme en hyperpepsie avec dilatation, et l'on donne alors le traitement de ce type ; ou bien alors la forme reste définitive, le type n'est pas modifiable, et l'on se bornera, en plus du régime, à faire disparaître la dilatation à l'aide de massage.

B. Hypopepsie sans dilatation, avec ou sans tympanisme.

L'on prescrira le régime, puis l'eau minérale au sulfate de soude ; s'il y a constipation, massage de l'intestin.

III. Forme apeptique. Il n'y a pas de dilatation.

Le traitement est le même qu'en cas d'hypopepsie intense.

Les aliments sont souvent rendus absolument non digérés.

Dans ce cas instituer le régime des phtisiques, auquel on ajoute un peu de viande crue ou cuite.

S'il y a dégénérescence complète des glandes, les malades restent apeptiques ; cependant on obtient un relèvement de la nutrition, disparition des phénomènes nerveux. Les malades se disent guéris.

Dr Leray,
Chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Antoine.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Déontologie.

Le secret professionnel en cas de mariage projeté.

Un de nos confrères du centre, qui désire garder l'anonyme, nous écrit la lettre suivante :

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai lu avec le plus vif intérêt l'article sur le « Secret professionnel en cas de mariage » paru dans le *Concours médical* du 14 juillet.

Le sujet est très sérieux et très embarrassant. Néanmoins je vous demanderai la permission de vous dire mon opinion à ce sujet.

Avant d'aller plus loin, je tiens à déclarer que c'est peut-être la première fois qu'il m'arrive de ne pouvoir accepter un avis donné par le *Concours*. Cette réserve établie, abordons notre sujet.

Et d'abord je constate une contradiction dans la lettre du jeune confrère X. (car il doit être jeune) et où il dit « que la famille du fiancé, « sans l'interroger ouvertement, lui donne cependant à entendre qu'elle compte sur « ses « bonnes relations pour s'éclairer dans le cas où « la santé de la future belle-fille serait compromise ».

Ce passage prouve que le confrère X. a été interrogé par la famille du jeune homme ; il a donc eu la « ressource de répondre » et j'ajoute qu'à ce moment il avait le moyen de se tirer d'affaire très convenablement.

Il n'avait qu'à dire aux parents ceci : « Malgré l'amitié que je vous porte, il m'est impossible de vous dire quoi que ce soit sur le cas qui vous intéresse tant : ce que j'en sais, je l'ai appris dans l'exercice de ma profession, et la loi m'oblige à garder le secret le plus absolu. Je ne pourrai donc, à mon grand regret, vous être utile dans cette circonstance.

Et lorsque plus loin le confrère X. parle de la « révolte de sa conscience », je crois qu'il se trompe. Ce n'est pas la conscience qui parle, mais, bien plutôt, l'amitié qu'il éprouve pour le jeune homme et sa famille.

Or, pour moi, *l'amitié d'un médecin doit toujours s'incliner respectueusement devant son devoir*.

Le devoir d'un médecin dans ce cas serait de s'occuper uniquement de la santé de sa malade, d'appliquer consciencieusement tous les moyens dont nous disposons actuellement pour obtenir la guérison, et d'écarter en même temps, si cela se peut, toutes les causes qui peuvent compromettre le succès.

On peut, et même on doit, prévenir la malade, *sans jamais lui faire comprendre la nature de sa maladie*, que le mariage, avec les devoirs inséparables du mariage, pourrait retarder et même compromettre la guérison. Aller au delà, jamais.

Cela serait inhumain, car on ôterait à cette pauvre fille l'espérance, qui, pour un malade, a certainement autant et quelquefois même plus d'importance, au point de vue de la guérison,

que la créosote et autres gaïacol que vous lui administrerez.

Je pense donc qu'il est absolument interdit de parler à la malade de « remords de conscience, d'enfer conjugal » et encore moins d'une « séparation de corps inévitable », et qui me paraît absolument évitable.

On ne trouvera pas, en France du moins, un seul juge capable de prononcer la séparation de corps en faveur d'un conjoint, pour ce motif. que l'autre conjoint est atteint d'une maladie incurable et même contagieuse. Si on admettait ce principe, la famille n'existerait plus.

Reste enfin la dernière solution, proposée par la rédaction, « en cas d'obstination de la part de « la malade, refuser de lui donner les soins con- « sécutifs ».

Il est évident qu'au point de vue strictement légal, cela se peut. Mais, je vous le demande en conscience, un médecin a-t-il le droit de refuser ses soins à un malade qui a placé toute sa confiance en lui, qui suit exactement le traitement médical qu'on lui prescrit, et uniquement parce que cette malade aime et veut se marier, malgré l'avis contraire de son médecin.

Evidemment non. Et si on espère, de cette façon, tourner la loi et violer le secret professionnel, on commettrait une action déloyale.

Je constate aussi que, dans cette affaire, on s'est préoccupé exclusivement des intérêts du jeune homme et de sa famille et on n'a pas songé, un seul instant, à la jeune fille qui mérite cependant toutes nos sympathies.

On a dit très judicieusement que « si la méde- « cine ne peut pas toujours guérir, ou même « soulager, elle doit au moins porter la consola- « tion ».

Eh bien ! qu'est-ce que vous offrez à cette pauvre enfant, doublement malheureuse ? Au lieu de soutenir son courage, et d'entretenir cette espérance, qui est tout dans la vie humaine, vous voulez lui déclarer froidement qu'elle doit renoncer à son amour et même à la vie, parce que vous la croyez irrémédiablement perdue ! ! ! Quelle torture atroce vous infligerez à celle qui était venue à vous avec confiance, pour demander du secours. Cela serait horriblement cruel, et pourrait la tuer. Or, rien ne prouve qu'elle ne doive pas guérir.

Il est évident que la situation d'un médecin en pareil cas est très pénible. Mais, au moins, on a la consolation de pouvoir dire : *j'ai fait consciencieusement mon devoir*. Suivant moi, le jeune confrère X. n'a qu'à saisir la première occasion, et cela n'est pas difficile, et à se retrancher derrière le secret professionnel ; cela serait correct et humain.

Veuillez agréer, etc.

Il nous est d'autant plus agréable de reproduire *in extenso* l'argumentation pressante de notre confrère, que nous avions prévu la rencontre de ces objections.

Seulement, il nous permettra de lui faire remarquer, d'abord, que la chaleur du sentiment et l'ardeur de la conviction l'ont entraîné à exagérer nos rigueurs de langage et de conduite ; ce qui dénature la solution proposée :

En effet, ce que l'on sait aujourd'hui de la tuberculose, de sa curabilité, permet absolument de dire à la malade, dans le cas présent, qu'elle guérira en se conformant rigoureusement aux prescriptions ; que son mariage ne doit être que différé, et qu'il appartient à elle seule de prendre cette détermination et d'en informer la famille de son fiancé. Ce langage, que l'on peut orner de toutes les séductions oratoires, cet aveu, que l'on entourera des précautions et artifices dont tout médecin a le secret, sont choses correctes à notre avis. *Ils laisseront à la malade l'espérance et la foi en l'avenir : elle voudra guérir afin de pouvoir se marier, et, si elle meurt, ce sera encore dans cette douce illusion.* Sur ce premier point, ce qui nous fait différer avec notre confrère, c'est que nous n'envisageons pas de même façon les conséquences de la tuberculose, et la description consolante que l'on en peut présenter à une patiente, même sous puissance d'amour. S'il s'agissait de syphilis nous serions sans doute d'accord.

Nous disions ensuite que si la suggestion des riants espoirs ne suffisait pas à toucher notre pauvre obstinée, il conviendrait de faire passer sous ses yeux le tableau, poussé au noir, des déboires qui la menacent, si elle se marie avant la guérison. Et en effet, notre confrère a dû comprendre que nous poussions au noir en parlant de séparation ou de divorce : mais il n'ignore pas que, quand on veut émouvoir, il faut souvent donner à l'argument plus de force que de justesse.

Enfin, quant au fait d'avertir la fiancée que son obstination nous conduirait à ne pas lui continuer nos soins, nous avons bien spécifié que c'était plutôt une menace à laisser planer sur sa tête pendant quelques jours, afin d'arracher la détermination souhaitée.

Nous croyons donc être bien justifiés du reproche d'inhumanité, et nous persistons à penser que notre conduite amènerait le résultat cherché : *faire différer le mariage sans violer le secret professionnel.*

En est-il de même de la solution préconisée par notre correspondant ? Examinons.

Ou bien la réponse à la famille du fiancé sera traduite par celle-ci dans le sens de : « *il y a danger* » ; et, dans ce cas, avec plus ou moins de délicatesse, le mariage sera rompu par elle. Premier crève-cœur pour la malade, qui en aurait un deuxième si le jeune homme épousait, elle vivante, une autre jeune fille. Voilà ce qui ne serait pas très humain.

Ou bien la famille comprendra *qu'il n'y a pas de risque*, et alors le mariage aura lieu, *ce qu'il fallait empêcher.*

Réfléchissons bien, d'autre part, que le médecin n'hésitant pas assez à dire : « *vous pouvez épouser* » quand il n'y voit pas inconvénient, on manque rarement d'interpréter dans le sens défavorable son retranchement derrière le secret professionnel. Sa réserve, sa discrétion, équivalent 99 fois sur 100 à une violation du secret, en ce qui concerne le résultat. Conclusion : nous préférons n'être pas interrogés et laisser le malade lui-même demander le délai nécessaire.

Enfin, notre proposition est conforme à la règle formelle proposée par M. le doyen Brouardel, et développée dans le « *Concours médical* » (1886, nº 49, page 600), par notre distingué confrère M. Lepage. Nous ne pensons pas que le journal ait jamais accepté d'autre ligne de conduite.

Telles sont les raisons qui nous ont conduit à formuler, comme nous l'avons fait, la réponse au confrère X.

Nous remercions notre correspondant d'avoir bien voulu exposer ses critiques d'une façon détaillée, en rappelant les explications que nous venons de fournir.

Tarifs médico-légaux.

On nous adresse la lettre suivante :

Monsieur le Directeur,

Permettez-moi de solliciter de votre obligeance une réponse à la question suivante :

Un juge d'instruction commet trois médecins à l'effet de procéder à une autopsie ;

Le Tarif des honoraires médico-légaux porte :

L'autopsie avant inhumation : 25 francs.

Ces 25 fr. sont-ils alloués à chacun des trois médecins ?

Doivent-ils, au contraire, être partagés entre ces trois médecins ?

La question étant d'intérêt général, je vous serais reconnaissant d'y faire une réponse officielle, insérée au *Concours*.

Daignez agréer, très honoré confrère, etc.

Dr Marion,
Parthenay (Deux-Sèvres).

Une circulaire du Garde des Sceaux, en date du 6 février 1867, recommande aux magistrats, *pour raison d'économie*, de désigner *un* expert dans les cas ordinaires, en matière criminelle, et *deux* pour les autopsies et autres opérations qui ne peuvent être renouvelées. La réquisition de trois experts est assez rare, toujours pour la même raison.

C'est dire que, dans le cas signalé, chacun des confrères doit recevoir les 25 francs pour autopsie.

REPORTAGE MÉDICAL

Association de la presse médicale française

Secrétariat général : 14, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le Cinquantenaire de l'Anesthésie.

Les délégués des corps savants de France, nommés pour représenter ces Sociétés à la conférence préparatoire organisée par l'Association de la Presse médicale, dans le but de préparer la fête commémorative du Cinquantenaire de l'Anesthésie, se sont réunis le mercredi 15 juillet 1896 à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine de Paris, sous la présidence de M. le Prof. Cornil, président de l'Association de la Presse médicale et délégué officiel de l'Académie de Médecine.

La commission définitive d'organisation a été nommée et se compose de :

M. le Pr Cornil, président (*Académie de Médecine*) ;
M. le Dr Lucas-Championnière (*Association de la Presse médicale*) ;
M. le Dr Picqué (*Association française de Chirurgie*) ;
M. le Dr Reclus (*Société de Chirurgie de Paris*) ;
M. le Pr Lannelongue (*Association générale des Médecins de France*) ;
M. A. Petit (*Association générale des Pharmaciens de France*) ;
M. de Marion (*Syndicat des Dentistes français*) ;
M. Marcel Baudouin, secrétaire général.

M. M. Baudouin a exposé ensuite à la commission un programme de l'ensemble des fêtes, qui comprendraient : 1° une séance solennelle à la Sorbonne ; 2° un banquet ouvert à tout le corps médical français ; 3° une représentation de gala dans l'un des théâtres subventionnés.

Comme la commission pense qu'il y a un réel intérêt à faire coïncider la fête, non pas exactement avec le 16 octobre (date précise du Cinquantenaire), mais avec le prochain Congrès de Chirurgie, qui s'ouvrira, à Paris, le 18 octobre seulement, avant de se réunir à nouveau, elle attendra les propositions du bureau du Congrès de Chirurgie, si ce dernier n'accepte pas intégralement les propositions de l'Association de la Presse médicale.

Le secrétaire général, Marcel Baudouin.

— *Demandes de transfert.* — Les demandes de transfert présentées en vue d'une nouvelle année scolaire devront être produites assez à temps pour que le transfert des dossiers des étudiants puisse avoir lieu avant le 15 octobre.

Les demandes de transfert formées au cours de l'année scolaire seront soumises à un double avis ; celui de la Faculté ou Ecole que l'étudiant veut quitter, celui du doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Dans le cas où l'étudiant, ou sa famille, n'accepterait pas la suite donnée à la demande, il en serait référé à l'administration.

Distinctions honorifiques.

Parmi les récentes promotions, nous relevons les Membres du Concours suivants :

Chevaliers de la Légion d'honneur : MM. les docteurs *Auvard*, de Paris, et *Belugou*, de Lamalou-les-Bains (Hérault).

Officiers de l'instruction publique : MM. les docteurs *Bard*, de Lyon, et *Jouon*, de Nantes.

— *Congrès de médecine de Nancy.* — Nous rappelons à nos lecteurs que, du 3 au 11 août, se réuniront à Nancy deux congrès français de médecine.

L'un, *congrès de médecine mentale et nerveuse*, a pour secrétaire M. le Dr Vornet, à Maréville, près Nancy, chargé de recevoir les communications et de donner tous renseignements.

Le second, *congres français de médecine*, tiendra sa séance d'inauguration le jeudi 6 août, et sera clos le mardi 11 août.

Les trois questions suivantes y seront l'objet de rapports spéciaux :

6 août. De l'application des sérums sanguins au traitement des malades. Rapporteurs : MM. Roger et Haushalter.

7 août. Coagulations sanguines intravasculaires. Rapporteurs : MM. Mayet et Vaquez.

8 août. Pronostic des albuminuries. Rapporteurs : MM. Arnozan et Talamon.

Le dimanche 9 et le mardi 11, excursions et dîners, à titre gracieux, aux stations de Contrexéville, Vittel et Plombières.

M. le Dr P. Simon, professeur à la Faculté de médecine, secrétaire général, centralise les demandes de renseignements et les envois.

— *Le jeu et les stations thermales.* — Contrairement à ce que beaucoup de gens supposent, il paraît démontré que le jeu nuit au développement des stations thermales, et, pour cette raison, l'Allemagne l'y a interdit chez elle, depuis 1872. Elle s'en applaudit de plus en plus, devant l'affluence toujours croissante du public sérieux.

En France on y interdit aussi les jeux de hasard, en principe. Mais les autorisations s'accordent généreusement, à titre d'exception et deviennent la règle.

Ne ferions-nous pas bien d'imiter nos voisins ?

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4100. — M. le docteur Hodée, de Boulogne-sur-Seine (Seine), présenté par M. le Directeur.

N° 4101. — M. le docteur Brunschwig, de Loivre (Marne), présenté par M. le Directeur.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année | N° 32 | 8 août 1896

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Société de protection des victimes du devoir médical.

Un acte héroïque.

Voici la lettre qui vient d'être adressée à Madame Petit-Barat, infirmière à la Salpêtrière :

Madame,

La *Société de protection des victimes du devoir médical*, fondée en 1887, pour venir en aide aux médecins qui succombent, par suite d'un dévouement exceptionnel, dans l'exercice de leur profession, ou à leur famille, a appris par le *Petit Parisien* et elle a vérifié l'acte héroïque que vous avez accompli. Vous vous êtes élancée, par la fenêtre ouverte, à la poursuite d'une malade en proie au délire et franchissant un long espace sur un chéneau de 0.60 centimètres, sans rampe, qui règne en dehors de l'hospice, à une hauteur de 20 mètres, vous l'avez ramenée dans votre salle, saine et sauve, au risque d'une chute mortelle. Ce n'est qu'au moment où vous receviez les félicitations de tout le personnel, que, relevant de couches depuis trois semaines à peine, vous avez pu vous rendre compte du terrible danger affronté, par vous, sans un instant d'hésitation.

C'est pourquoi le *Bureau de la Société de protection* et le *Conseil de Direction du Concours Médical* ont résolu, quoique vous n'apparteniez pas au corps médical dont vous êtes seulement un humble mais admirable auxiliaire, et que vous n'ayez, heureusement, pas été victime de votre dévouement, de déroger à la règle, et de vous écrire cette lettre, que vous conserverez comme un précieux témoignage d'un acte si courageux, si désintéressé, qui vous honore profondément et vous élève bien haut, au dessus de votre condition.

Vos supérieurs sauront, nous l'espérons, vous témoigner, comme nous, l'estime particulière et les égards que vous avez si bien mérités.

Une médaille commémorative de votre acte héroïque, vous sera adressée incessamment, ainsi qu'une modeste somme qui vous aidera, votre mari et vous, à élever votre enfant.

Recevez, madame, nos chaleureuses félicitations.

Le Président : Th. Roussel, sénateur.
Les vices-présidents : Henri Monod, Directeur de l'Assistance publique de France; Franck-Chauveau, sénateur.
Le Secrétaire général fondateur : Dr Cézilly.
Le Secrétaire en exercice : Dr Grellety.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement des endocardites infectieuses.

D'après M. le Dr *Plicque*, dans la *Presse médicale*, le traitement rationnel des endocardites infectieuses est le suivant :

Dans la forme cardiaque, les ventouses sèches ou scarifiées, l'application d'une vessie de glace sur le cœur, constituent les meilleurs moyens de calmer la dyspnée, l'angoisse et l'oppression. Se défier des injections de morphine.

Dans les formes à accidents généraux prédominants, les frictions mercurielles sur la région précordiale semblent plus utiles que la révulsion.

Dans la balnéothérapie, on n'emploiera que des bains très courts de trois à quatre minutes, sans attendre le grand frisson qui survient en général au bout de huit à dix minutes.

La température initiale sera de 34°, pour être ramenée ensuite à 27 ou 28°. Affusions de 8 à 10° sur la tête et la nuque. Le traitement interne comprend trois ordres de moyens : le régime lacté, l'alcool, la quinine ou l'acide salicylique.

Les inhalations d'oxygène, en quantité considérable, 100 litres et plus par jour, sont un bon adjuvant.

On donnera le lait en aussi grande quantité que possible, l'alcool sous toutes ses formes, le sulfate de quinine à la dose de 80 centigrammes à 1 gramme par jour, l'acide salicylique à la dose de 1 gr. 50 à 2 grammes par jour.

Si les antiseptiques augmentent la dépression cardiaque, on les remplacera par la teinture de digitale donnée à la dose de XX à XL gouttes par jour.

L'antipyrine et le bromoforme contre la coqueluche.

M. le Dr *Pierre Le Goff* a réuni dans sa thèse un certain nombre d'observations d'enfants coquelucheux traités par l'antipyrine et chez lesquels le médicament paraît avoir abrégé la durée des quintes et surtout empêché les complications. Les doses employées ont été de 0,40 centigr. à 1 gramme pour les enfants de deux ans ; de 1 à 3 grammes pour les enfants plus âgés.

Avant d'administrer l'antipyrine, il faut s'assurer de l'état des reins. Aucun inconvénient sérieux ne peut résulter de cette médication.

D'autre part, M. le Dr *Ferreira*, vient, dans un article récent du *Bulletin de thérapeutique*, de préconiser avec ardeur le médicament que recommandait déjà, il y a quelques mois le Dr Marfan ; ce médicament, c'est le bromoforme. Le bromoforme, dit-il, peut être mis à côté de la belladone et de l'atropine, pour son activité thérapeutique contre la coqueluche. Ce médicament agit promptement et atténue d'une façon très nette les quintes, en procurant des améliorations radicales dans un grand nombre de cas et voire la guérison, une fois qu'on le manie avec énergie et d'accord avec l'intensité de la maladie ;

Le bromoforme est d'une administration facile dans l'enfance, dès les plus tendres années, et l'organisme des enfants le tolère d'une façon *étonnante, d'après ce qui ressort de* l'observation des cliniciens allemands, corroborée par notre expérience personnelle ;

Par sa double action sédative et antiseptique, le bromoforme remplit les deux indications capitales, qui se présentent, au clinicien, dans le traitement de la coqueluche ; combattre l'élément spasmodique et s'attaquer aux germes producteurs de l'affection ;

Le bromoforme doit être essayé *larga manu*, en vue des excellents résultats qui découlent de son emploi ; il est destiné à occuper une place importante dans le groupe des médicaments qui exercent une influence réelle sur la coqueluche.

Traitement du psoriasis par la noix vomique

Dans un article du *Concours*, nous avons indiqué la méthode de traitement du psoriasis par la médication thyroïdienne. Quelques succès ont été obtenus ; malheureusement, les insuccès sont nombreux, M. le Dr *Luton* a découvert, presque fortuitement, une autre méthode de traitement du psoriasis, qui paraît bizarre au premier abord, mais qui lui a donné, à plusieurs reprises, d'excellents résultats. C'est la médication par la noix vomique.

Une femme de 28 ans présentait, depuis longtemps, des plaques de psoriasis aux coudes, genoux, face antérieure des jambes. Soumise au traitement arsenical (liqueur de Fowler), elle n'en retira aucun bénéfice. Comme elle accusait des troubles dyspeptiques, M. Luton modifia le traitement et donna de la noix vomique : une pilule d'extrait de noix vomique de 5 centigrammes, chaque jour. En même temps, application d'une pommade composée de vaseline et de sublimé au millième ; bains alcalins. Quelques jours plus tard, elle était complètement guérie.

Encouragé par ce succès, M. Luton institua le même traitement chez un homme de 43 ans, porteur d'un psoriasis invétéré, et obtint le même résultat ; ce malade n'était nullement dyspeptique.

MÉDECINE PRATIQUE

La médication thyroïdienne.

Parmi les découvertes de Brown-Séquard, sur les propriétés des liquides et extraits glandulaires, celle qui paraît appelée au plus grand nombre d'applications thérapeutiques pratiques est la médication thyroïdienne. Cette médication consiste dans l'administration, à l'homme, d'extraits de glande thyroïde ou de glande thyroïde d'animal, en nature. La glande thyroïde, dont la physiologie est encore si obscure, ne tardera pas néanmoins à être mieux connue et son importance, qu'on a depuis longtemps considérée comme capitale, commence à être expliquée. L'on sait, en effet, que toute personne affligée d'atrophie du corps thyroïde ou de kyste de cette glande (goître) devient bientôt cachectique et tombe dans un état de déchéance intellectuelle très prononcée (myxœdème, crétinisme). L'extirpation opératoire de la glande thyroïde, pour tumeur, même bénigne, (thyroïdectomie) est suivie de désordres graves, d'œdème généralisé, de desquammation de la peau, d'épaississement des traits, de développement de l'abdomen et d'atrophie cérébrale ; en un mot des accidents désignés sous le nom de myxœdème post-opératoire.

Des faits aussi extraordinaires n'ont pas été sans frapper, depuis longtemps, les physiologistes et les chirurgiens. Des expériences nombreuses furent faites sur les animaux : chaque fois que l'extirpation fut complète, les mêmes symptômes de cachexie myxœdémateuse furent observés. Comme contre partie, les chirurgiens et les physiologistes essayèrent de greffer sous la peau des myxœdémateux des fragments de corps thyroïde frais : la plupart du temps, malgré toutes les précautions antiseptiques prises, les résultats furent peu probants ; la greffe prit, mais la nutrition du fragment greffé, étant tout à fait modifiée, l'effet se montra de courte durée ; le fragment greffé se résorbait.

Néanmoins, déjà à ce moment, une voie nouvelle était tracée : elle fut suivie à grands pas, dès que les découvertes de Brown-Séquard eurent montré les propriétés régénératrices du suc testiculaire et de tous les extraits de glan-

des, en général. Et l'on peut dire, maintenant, que cette thérapeutique vient d'entrer dans une phase réellement scientifique. M. *Baumann* a pu parvenir à isoler dernièrement la substance organique véritablement active de la glande thyroïde : cette substance contient une certaine proportion d'iode et on la nomme la *thyroïodine.*

La thyroïodine se trouve dans les glandes thyroïdes de l'homme et des animaux. La richesse de la glande, en thyroïodine, varie suivant la localité. Dans le pays où le goître est fréquent, la thyroïodine est en petite quantité, même chez les gens sains, non affectés de goître : deux milligrammes au lieu de cinq.

Elle est en petite quantité chez les enfants et les vieillards, c'est surtout à l'âge adulte qu'on en trouve le plus. Les maladies n'exercent aucune influence, mais les gens soumis au traitement iodé en ont une quantité vingt à trente fois plus considérable qu'à l'état normal. La glande thyroïde emmagasine donc l'iode, tout comme le foie fait du sucre.

M. Baumann croit que le goître est causé par privation d'iode (théorie de Chatin) et que cette privation est due à un microorganisme qui empêche l'assimilation, par l'économie, des combinaisons iodées (théorie microbienne d'Ewald).

La médication thyroïdienne agit donc par la thyroïodine ; et, ce qui le démontre, c'est que, chez les individus privés de glande thyroïde, par exemple, chez les myxœdémateux, l'administration des combinaisons iodées, de l'iodure de potassium, ne donne pas lieu à la formation de thyroïodine dans l'organisme.

Cette thyroïodine serait la forme suivant laquelle l'iode entre dans l'économie et la présence des combinaisons iodées dans la plupart des plantes fait penser que l'iode est un des éléments indispensables au bon fonctionnement des organes. Si l'iode en l'absence de corps thyroïde, ne peut se transformer en thyroïodine, il est certaines substances végétales qui paraissent la contenir, telles les algues riches en iode et jadis couramment employées contre le goître, la scrofule ; l'éponge calcinée, le corail, le fucus filum et vesiculosus, la laminaria, la laminaria saccharina et digitata, la cendre de tabac, les coquilles d'huitres, etc.

Sans vouloir ici faire un chapitre de physiologie nouvelle du corps thyroïde, nous essaierons de montrer l'influence que paraît avoir le corps thyroïde sur certaines maladies ; puis nous examinerons les effets de la médication thyroïdienne et ses indications.

I

INFLUENCE DU CORPS THYROIDE SUR LE DÉVELOPPEMENT DE CERTAINES MALADIES.

Chez l'enfant, le corps thyroïde est relativement assez volumineux, pendant les premiers mois de la vie. Il s'accroit d'une manière fort variable, car son volume n'est pas sensiblement égal chez plusieurs individus du même âge ; la moyenne de ses dimensions transversales est de 5 à 6 centimètres et de ses dimensions antéro-postérieures de 6 à 8 millimètres pour sa partie médiane, de 18 à 20 pour ses parties latérales, d'après Sappey. Normalement, il est plus volumineux chez la femme que chez l'homme et la différence, bien que peu sensible, se traduit à l'extérieur, chez elle, d'une manière d'autant plus manifeste que le cartilage thyroïde est moins saillant. Le corps thyroïde peut chez certaines personnes s'atrophier et se réduire à de très minimes dimensions. Dans d'autres cas, il s'accroît presqu'indéfiniment et peut arriver à ces proportions monstrueuses qui caractérisent les goîtres. Dans les goîtres, généralement, l'accroissement n'est pas le résultat d'une hypertrophie et d'un hyperfonctionnement ; au contraire, il s'agit de kystes et d'altérations portant sur un ou plusieurs des éléments de la glande. — Le poids du corps thyroïde de l'enfant est d'environ 2 grammes ; chez l'adulte, il s'élève à 22 ou 24 grammes, à l'état normal.

Les fonctions de cette glande sont longtemps restées complètement ignorées. Toutefois, on a remarqué, depuis de longues années déjà, que les personnes atteintes de goître étaient très faibles d'intelligence et en quelque sorte, épaissies de corps et d'esprit ; c'est à cet ensemble de phénomènes que l'on donne le nom de *crétinisme.*

Les crétins sont des goîtreux, c'est-à-dire des malades dont le corps thyroïde ne fonctionne pas, à cause des dilatations kystiques, qui s'y sont développées. Il y a donc tout lieu de penser que la glande thyroïde secrète un liquide glandulaire qu'elle répand, par les vaisseaux, dans le torrent circulatoire et qui a pour propriété de stimuler la nutrition générale et cérébrale. En effet, quand par l'opération désignée sous le nom de thyroïdectomie, on prive un individu de sa glande thyroïde, cet individu devient crétin et œdémateux. Il y a assez fréquemment des cas d'atrophie congénitale de la glande thyroïde ; cette infirmité se traduit par un état d'obésité quasi éléphantiasique et d'infériorité cérébrale qu'on a désigné sous le nom de *myxœdème* ; c'est là encore une nouvelle preuve toute naturelle, de la nécessité de la glande thyroïde et du suc thyroïdien pour l'organisme.

D'autre part, on remarque chez certaines personnes, une notable hypertrophie de la glande thyroïde, sans goître véritable : cette hypertrophie s'accompagne de palpitations et de tachycardie, ainsi que d'une saillie exagérée des globes oculaires hors des orbites et de quelques ménorrhagies. C'est cette affection qu'on nomme goître exophthalmique ou maladie de Basedow, du nom de l'auteur qui l'a décrite complètement, le premier. Les personnes atteintes de cette affection ont une véritable hypertrophie et un hyperfonctionnement de la glande thyroïde : on peut conclure de ces faits que l'excès de fonctionnement de la glande thyroïde produit des palpitations, de l'exophthalmie et certains troubles menstruels, qui se traduisent par des ménorrhagies.

Telles sont les données que nous possédons aujourd'hui sur la physiologie du corps thyroïde, grâce aux observations pathologiques ; nous allons voir que l'expérimentation et la thérapeutique ont complété déjà ces notions et leur ont apporté une sanction absolument scientifique.

II

LA MÉDICATION THYROÏDIENNE. SES INDICATIONS.

C'est seulement en 1884, que le traitement thyroïdien fait son apparition avec les expé-

riences de Schiff et d'Erselsberg sur la greffe de fragments de corps thyroïde chez des chiens myxœdémateux, après une thyroïdectomie. Se basant sur ces expériences, Horsley conseille d'appliquer à l'homme ce même traitement. Pour ce faire toutefois, il recommande aux chirurgiens d'employer la glande thyroïde du mouton dont l'analogie avec celle de l'homme est parfaite. Birehes, le premier, ose tenter une semblable intervention et transplante dans la cavité péritonéale d'une femme myxœdémateuse un fragment de tissu thyroïdien sain. Les résultats qu'il obtient sont excellents, mais ne persistent pas; car dès que la résorption de la greffe est complète, les phénomènes morbides reparaissent. A son exemple, les chirurgiens emploient ce procédé, et nous citerons alors les noms de Lannelongue (de Paris), Kocher (de Berne), Merklen, Thomas Harris, Bettemcourt, Serrano, Max Herson, Gibson.

En mars 1890, Pisenti, abandonnant le chemin déjà frayé, tente une nouvelle manière de proeéder. Au lieu de faire de la greffe thyroïdienne, il extrait de la glande les sucs qu'elle renferme et en prépare un liquide qu'il injecte sous les tissus. Les premières injections chez l'homme furent faites en juin 1891 par Gley, mais la première observation avec guérison du malade est due à Murray, et date du 10 octobre 1891.

Le professeur Howitz (de Copenhague) publie en 1892 un travail dans lequel il constate que l'ingestion, *per os*, de glandes thyroïdes crues fournit des résultats tout aussi favorables que l'injection de suc thyroïdien. Mackenzie administre dans la même année des glandes cuites, et, peu après lui, Fox recommande le suc thyroïdien administré par la voie buccale.

En résumé, trois périodes dans l'évolution de le médication thyroïdienne:

I. La connaissance de la pathogénie du myxœdème amène le clinicien à faire la greffe thyroïdienne, dont les résultats éphémères déterminent l'abandon.

II. On recourt alors à l'injection sous-cutanée de suc thyroïdien. Celle-ci donne également peu de résultats.

III. On essaie de faire ingérer soit des glandes thyroïdes crues, soit des glandes cuites, procédé alimentaire; soit du corps thyroïde sous forme de pastilles ou pilules, procédé pharmaceutique.

Les maladies contre lesquelles la médication thyroïdienne a été essayée avec succès sont: le *myxœdème*, le *goître*, l'*obésité*, certaines maladies de peau telles que le psoriasis, l'ichthyose, la sclérodermie, le lupus, etc. Enfin, dans ces derniers temps, M. le Dr Jouin, à Paris, et M. le Dr Hertoghe, en Belgique, ont observé de surprenants résultats en appliquant la médication thyroïdienne à des femmes atteintes de fibromes utérins et de congestion ovarique.

C'est dans le myxœdème que la médication thyroïdienne réussit le mieux et le plus rapidement, sans que, toutefois, le traitement puisse être réglé d'une façon exacte dans tous les cas. En effet, les doses, la rapidité d'action, le degré d'amélioration, la durée des effets obtenus varient non seulement d'un individu à l'autre, mais encore chez le même individu. La récidive est la règle, quand le traitement est interrompu pendant longtemps; mais il suffit de le reprendre aussitôt qu'apparaissent les premiers signes de la récidive (tuméfaction de la face, pesanteur dans les membres, malaise), pour les voir disparaître et les résultats obtenus antérieurement se maintenir.

Une autre affection, où le traitement thyroïdien a été employé avec succès, est l'*obésité*. D'une façon générale des doses minimes de 0.60 centigrammes à 1 gramme de glande thyroïde, suffisent pour amener, en six semaines, une perte de poids de 10 kilogrammes et ceci, sans régime particulier. Mais il faut agir avec prudence, car ce traitement peut amener des accidents mortels. De plus, la médication thyroïdienne échoue quelquefois dans deux groupes d'obèses: chez ceux dont l'obésité relève d'une alimentation vicieuse, et chez ceux où elle se développe malgré un régime alimentaire des plus sévères. Cette ténacité inexplicable, avec laquelle l'organisme conserve et fixe la graisse, s'observe encore chez des sujets succombant à l'anémie pernicieuse, où la graisse demeure abondante, malgré l'insuffisance extrême de l'alimentation.

C'est en Amérique et en Angleterre, qu'on a essayé le traitement thyroïdien dans certaines dermatoses, comme le *psoriasis*, l'*ichthyose*, la *sclérodermie*, la *xérodermie*, le *lupus*, etc., en s'appuyant principalement sur les modifications qui surviennent du côté de la peau chez les myxœdémateux soumis au traitement thyroïdien. Ces essais furent répétés dans d'autres pays, et l'opinion générale est qu'il faut se montrer très prudent dans l'appréciation des succès signalés.

Il en est de même des faits relatifs à la médication thyroïdienne dans la *tétanie*, l'*épilepsie*, les *psychoses*, l'*acromégalie*, la *maladie de Basedow*; dans cette dernière, M. Ewald n'a eu personnellement que des insuccès. Cela se conçoit puisque le goître exophtalmique, à l'inverse du myxœdème, offre de l'exagération des fonctions thyroïdiennes. L'ablation partielle de cette glande donne au contraire les meilleurs résultats.

La médication thyroïdienne a été fort préconisée dans le goître simple, au dernier congrès allemand de Wiesbaden.

Le plus grand nombre de goîtres sont passibles du traitement thyroïdien, et l'échec complet de la médication n'est noté que dans un quart des cas. La guérison complète, avec régression absolue de la tumeur, s'obtient dans 8 pour 100 des cas; dans un tiers des cas, on arrive à une diminution considérable, frappante, de la tumeur; dans un autre tiers, à une diminution très appréciable. Au point de vue des résultats que donne la médication thyroïdienne, l'âge est un facteur de premier ordre, en ce sens que les succès sont infiniment plus nombreux et plus complets chez les enfants que chez les adultes, chez les adultes que chez les individus d'un âge mûr ou les vieillards.

Quant la médication agit, ses effets se manifestent déjà au bout de quatre à six jours par une diminution du volume du cou, et par l'aisance de la respiration; au bout de quinze jours, dans 60 pour 100 des cas, au bout de trois à quatre semaines dans 40 pour 100 des cas, la régression de la tumeur est ordinairement complète.

Pour les fibromes utérins et les ménorrhagies dues à la congestion ovarique, rappelons que d'après M. le docteur Hertoghe, plus le sang est riche en thyroïdine, plus l'activité utéro-ovarienne est réduite et plus la puissance mammaire est exaltée.

Les conclusions du mémoire qu'il a présenté à l'Académie de Belgique sont les suivantes :

1° Les hémorrhagies myxœdémateuses relèvent directement de la médication thyroïdienne.

2° Il en est de même des hémorrhagies qui reconnaissent pour cause des endométrites et des ovarites même anciennes ;

3° Toutes les ménorrhagies, quelles qu'elles soient, sont heureusement influencées par l'ingestion de glande thyroïde. Les hémorrhagies cancéreuses, fait qui paraîtra incroyable, se tarissent rapidement sous l'influence de quelques jours (trois ou quatre) de thyroïdisation. Les symptômes (douleur, gonflement et congestion) diminuent également d'une manière très appréciable ;

4° Chez les femmes, qui avortent facilement, et dont la menstruation trop abondante entraîne, chroniquement, le germe fécondé, le suc thyroïdien diminue le molimen et la congestion utérine. Dans un cas rapporté en détail par l'auteur, une femme, stérile depuis sept années a pu concevoir et mener sa grossesse à bonne fin, grâce à l'action inhibitoire de la thyroïdine ;

5° La thyroïdine est utile dans les cas de myome utérin, de descente de la matrice, de rétroflexion avec hémorrhagies, et en général, dans tous les cas où il y a intérêt à réduire le volume, la congestion et la sensibilité de l'utérus ;

6° Enfin, en raison de l'action spéciale exercée par la thyroïdine sur les glandes mammaires, il y a lieu d'administrer ce produit aux nourrices dont la lactation périclite.

Il est incontestable que, si de nombreuses expériences viennent confirmer ces résultats, la thérapeutique médicale aura, dans cette substance, un médicament de premier ordre qui sera appelé à rendre les plus grands services. Les cas où l'on voit les règles devenir trop abondantes, donner lieu à des ménorrhagies et même à des métrorrhagies sont des plus fréquents. On peut les rencontrer chez un grand nombre de jeunes filles, chez des femmes faites et, très souvent surtout, chez les femmes qui arrivent vers l'époque de la ménopause. Dans ces différentes conditions, la femme qui est atteinte de ces pertes sanguines, en éprouve toujours des troubles extrêmement importants, sans compter, bien entendu, l'état d'anémie globulaire dans lequel elle tombe forcément. D'un autre côté, il est extrêmement fréquent aussi, de voir les femmes qui allaitent leurs enfants présenter, tout à coup, une diminution notable dans la proportion de leur lait. Souvent, alors, ces nourrices voient reparaître leurs règles, ce qui est toujours très mauvais au point de vue de l'allaitement de l'enfant. On comprend, dès lors, de quel secours sera la thyroïdisation dans ces différents cas. Nous ne saurions donc trop engager nos lecteurs à essayer de la médication thyroïdienne, lorsqu'ils rencontreront des cas de ce genre, dans leur pratique.

Récemment, chez l'homme, M. le Dr *Bazy*, a essayé le traitement de l'hypertrophie prostatique par l'ingestion de corps thyroïde chez un homme de soixante-six ans, porteur d'une prostate volumineuse, obligé de se sonder pour uriner.

Pendant vingt jours, du corps thyroïde de mouton, cru, haché, fut donné à la dose de 5 à 12 grammes par jour sans qu'il se soit produit de mauvais effet et le malade, grâce à cette médication, a pu uriner spontanément, sans le secours de la sonde ; l'auteur pense qu'il y a eu une relation entre le retour de la miction naturelle et la médication thyroïdienne, et ce résultat positif engage à essayer de nouveau le traitement de la rétention d'origine prostato-vésicale par l'ingestion de corps thyroïde. M. Bazy a essayé la médication prostatique au moyen de prostates de chevaux entiers.

Le traitement a été fait pendant douze jours et le malade a pris 7 prostates, 7 appareils vésiculo-déferentiels en poudre ou en extrait. Le résultat a été une facilité plus grande dans le passage de la sonde et l'éloignement des besoins d'uriner. Mais ces préparations étaient mal tolérées par l'estomac et ont été refusées par un autre malade. Reinest a essayé ce traitement avec un certain succès et employait des demi-prostates de taureau. M. Bazy conclut en ce qui concerne l'opothérapie de l'hypertrophie prostatique :

En somme, les moyens que nous avons actuellement à notre disposition, pour appliquer l'opothérapie prostatique, ne paraissent pas bien pratiques, de telle sorte que l'essai en est difficile. La médication thyroïdienne, au contraire, est plus simple, facile à appliquer et mérite de nombreuses expérimentations.

Il reste maintenant à examiner sous quelle forme la médication thyroïdienne paraît devoir être employée de préférence.

1° La greffe chirurgicale de fragments de corps thyroïde de mouton, sous la peau abdominale ou dans le péritoine, ne donne que des résultats éphémères et a le défaut de ne pouvoir être répétée fréquemment sur un même sujet, car c'est chaque fois, une opération assez grave et non sans danger.

2° Le liquide thyroïdien doit être employé avec prudence par la voie hypodermique en raison de sa très grande activité et de sa toxicité. On a noté des nausées, de la céphalée, des vertiges, de l'urticaire, des accès d'angine de poitrine, un affaiblissement marqué du pouls (Horwitz, Pasteur), de la tachycardie (P. Marie).

3° On a aujourd'hui une tendance à préférer la voie stomacale, qui permet l'administration de doses plus élevées ; néanmoins les accidents sont encore très fréquents par cette voie. Il faut donc surveiller avec soin le malade et diminuer les doses ou arrêter temporairement le traitement, dès l'apparition des premiers phénomènes d'intolérance.

En présence de ces difficultés, il faut non pas se priver tout à fait de la médication thyroïdienne, ce qui serait de la pusillanimité, mais préférer un mode d'administration aussi maniable que possible. Les pharmaciens préparent des extraits de glande thyroïde sous forme de pastilles comprimées, auxquelles ils donnent les noms de pastilles, de tablettes, de tabloïdes de thyroïdine, de thyroïodine, de thyroïde, etc,, suivant la maison qui les a confectionnées.

Notre savant ami, M. F. *Vigier*, a communiqué, le 11 décembre dernier, à la Société de thérapeutique, un procédé facile de préparation phar-

maceutique et de conservation certaine de la glande thyroïde.

Ce procédé consiste à débarrasser la glande thyroïde de tous les corps étrangers qu'elle peut renfermer, « graisse, kystes, abcès, etc. » (il y en a quelquefois jusqu'à 40 pour cent), à la pulper et à la mélanger immédiatement à du biborate de soude pur et à de la poudre de charbon, puis à diviser la masse en pilules de 10 centigrammes qu'on entoure d'une enveloppe soluble de façon à former une *véritable capsule*. La glande, ne subissant pas l'action de la chaleur, ne s'altère pas.

L'expérience a encore démontré qu'en cet état la glande thyroïde conserve plusieurs années les mêmes propriétés que la glande fraîche.

Les médecins préfèrent aujourd'hui administrer le corps thyroïde frais, mais il n'est pas toujours commode de se procurer cette glande. Il était donc important d'arriver à posséder une préparation pharmaceutique présentant la glande comme si elle était à l'état frais.

Toutes les préparations, thyroïdine, thyréoïdine, thyroioïdine, les pastilles préparées avec la glande desséchée, les extraits, etc..., laissent à désirer, parce que la glande, en subissant des manipulations variées, s'altère ou perd une partie de son action.

On a reconnu que c'est à l'état frais qu'elle agit le mieux.

Un pharmacien de Bordeaux, M. Flourens, donne les raisons qui doivent engager le médecin à choisir les pastilles ou pilules de corps thyroïde quand il veut appliquer la médication thyroïdienne.

« Il est souvent difficile, au moins dans les petites localités, de se procurer des glandes thyroïdes. De plus, l'ingestion des lobes glandulaires, facile peut-être quand ils sont cuits, devient assez pénible pour le malade qui doit les absorber crus.

« Ces lobes ne sont pas toujours sains. Avec les pastilles, cet inconvénient disparaît. Sans doute, elles ont bien une légère saveur caractéristique, mais cette saveur est si faible qu'elle n'incommode nullement. Tandis que l'ingestion de lobes crus ou cuits détermine le plus souvent des phénomènes de thyroïdisme, celle des pastilles ne les provoque que rarement. A cela, nous trouvons plusieurs raisons. Les lobes de glande thyroïde de mouton ne sont pas tous identiques comme volume et par suite comme activité. Nos seules pesées nous ont accusé des variations allant de 35 centigrammes à 7 gr. 50. On conçoit aisément que le malade qui ingérera un lobe de 35 centigrammes absorbera forcément beaucoup moins de thyroïdine que s'il avait ingéré un lobe pesant 3 ou 4 grammes. De plus, mais nous ne pouvons l'affirmer avec assurance, nos connaissances là-dessus étant insuffisantes, la puissance de la glande thyroïdienne semble varier avec les époques. Suivant donc le moment où le malade sera soumis à la médication le principe actif ayant plus ou moins d'activité, les effets seront, eux aussi, variables. Il sera alors impossible de mesurer exactement, la quantité de thyroïdine prise chaque jour. Les pastilles présentent cet avantage qu'avec elles, on dose exactement la quantité de médicament absorbée, chacune renfermant, une dose connue de thyroïdine.

Si, par conséquent, le malade présentait les moindres phénomènes d'intoxication, il serait facile de les enrayer, en diminuant la dose et en n'administrant qu'une moitié ou un quart de pastille.

Enfin, le malade accepte plus volontiers les pastilles que les injections, qui, non seulement sont un peu douloureuses, mais encore ne peuvent être faites par le premier venu. »

Il y a avantage à employer des pastilles fraîchement préparées ; mais, lorsqu'elles sont bien conservées à l'abri de l'air, de l'humidité et de la lumière, ces pastilles possèdent encore toutes leurs propriétés au bout de trois ou quatre mois.

Quant on sera à même de se procurer régulièrement des corps thyroïdes de mouton bien frais, M. le Dr Marie engage à y recourir de préférence aux tablettes et dans ce cas, il faut les donner crus dans du bouillon comme de la viande de crue ordinaire ou dans des sandwichs. On commence par donner un lobe en 24 heures, puis on fait ingérer si la tolérance paraît suffisante, un corps thyroïde entier en deux repas dans les 24 heures. Une surveillance attentive du malade est indispensable. afin de diminuer la dose à la première alerte, d'intoxication thyroïdienne. M. le Dr Kocher, de Berne, donne la substance thyroïdienne en sandwichs et recommande aussi de ne pas donner plus d'un lobe de corps thyroïde de mouton en une seule dose, à condition que la glande entière ne pèse pas plus de 5 à 6 grammes. On ne continue pas la médication plus de trois semaines sans interruption. et chez la femme, on suspend durant la période menstruelle.

Les tablettes ou pastilles de thyroïdine ou d'extrait de glande thyroïde se donnent suivant leur dosage. Toutes les pastilles ne contiennent pas une dose uniforme ; cela dépend des préparateurs et des fabricants. En tout cas, la dose est connue d'avance et indiquée visiblement sur l'étiquette ou le prospectus ; nous ne saurions désigner aucune marque sans crainte d'être accusé de partialité : aussi, nous en abstenons-nous. En général, les pastilles contiennent soit 0,10, soit 0,20 centigrammes de thyroïde. On en administre d'abord 3 par jour, puis progressivement 4, 5, 6, 8 par jour, en ayant soin de n'augmenter que d'une par jour. On surveille le malade au point de vue des nausées, céphalées, vomissements, palpitations, tachycardie et on diminue dès qu'on note un accident. Il est prudent de s'en tenir à **6** par jour (à 0.20 centigr.) et de ne pas dépasser cette dose, pendant 3 ou 4 semaines. Dans certains cas, on a pu faire suivre la médication pendant 6 semaines sans accidents.

En ce qui concerne les goîtreux et myxœdémateux, on peut continuer longtemps la médication sans danger, et on doit même la continuer avec des intervalles de repos, si on ne veut pas voir récidiver la maladie.

Pour l'obésité simple, 3 semaines de traitement moyen à 3 ou 4 pastilles par jour suffisent généralement pour faire maigrir de 4 à 5 kilogs. On interrompt huit jours, puis on reprend la médication en prescrivant en même temps une hygiène alimentaire sévère.

Pour les fibromes et la congestion ovarique mêmes doses et même durée de la médication. Enfin, pour les affections chroniques de la peau

(psoriasis, ichthyose, sclérodermie, cicatrices hypertrophiques), la médication continuée pendant 5 à 6 semaines à la dose de 4 à 5 tablettes de 0,20 centigr. par 24 heures, doit amener une amélioration notable, au bout de ce temps; sinon, il est inutile de la continuer.

Dr Paul Huguenin.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Notice sur le corps de santé de la marine et sur le corps de santé des colonies.

A Monsieur le Docteur A. Cézilly, directeur du *Concours médical.*

Mon cher confrère,

Vous avez pensé qu'il serait intéressant pour nos confrères, membres du *Concours médical* et pères de famille, de connaître les conditions à remplir, pour être admis dans le corps de santé de la marine et dans le corps de santé des colonies; de connaître aussi les avantages que présentent ces deux corps, au point de vue de l'avancement, de la solde, des distinctions honorifiques, de la retraite, etc.

C'est dans ce but que vous demandez une notice à un de vos plus anciens abonnés et adhérents, à votre collègue de la marine, récemment admis à la retraite comme directeur du service de santé après 45 années de service, dont près de 30 passées à la mer ou aux colonies.

Je me rends bien volontiers à vos désirs et vais essayer de satisfaire nos confrères, membres du *Concours médical*, en résumant le plus possible. J'insisterai plus particulièrement sur les conditions à remplir au début, et renverrai, pour divers détails accessoires, aux publications officielles, dont j'indiquerai les sources et les dates.

Rédigée, il y a quelques années, c'est-à-dire avant 1890, cette notice aurait eu pour titre « *Du corps de santé de la marine et des colonies.* » Il n'y avait, en effet, avant cette date, qu'un seul corps de santé assurant largement, amplement le service à la mer, aux colonies, dans les ports et établissements maritimes de la métropole.

Ce corps de santé rendu homogène par le décret du 24 juin 1886, aurait, reçu pour longtemps, toute satisfaction à ses légitimes revendications avec quelques modifications portant surtout sur une plus convenable répartition de l'effectif par grades, sur une assimilation complète, comme elle a lieu pour le corps de santé militaire, sur la création d'une école unique, etc.

Au lieu de ces améliorations si vivement attendues, le grand corps d'autrefois, composé de plus de 700 membres et dont l'augmentation serait devenue nécessaire par suite de l'accroissement de notre domaine colonial, ce grand corps, qui avait un passé glorieux et auquel toute la marine rendait justice, a été coupé en deux tronçons inégaux, mutilé par la création inopportune, inutile, malheureuse, d'un corps spécial pour les colonies (décret du 7 janvier 1890, publié, dans le *Journal officiel* du 9 du même mois.)

Dans ma déposition devant la délégation de la commission extra-parlementaire de la marine, déposition faite, alors que je dirigeais le service de santé et l'école annexe de médecine navale du 2e arrondissement maritime, je crois avoir démontré qu'aucune bonne raison de service, ni d'intérêt général, ne justifiait cette création. Je n'ai pas à reproduire ici mes appréciations. Je me bornerai à dire qu'avec un seul corps de santé pour la marine et les colonies, le service médical de ces dernières était si bien assuré par des demandes volontaires, qu'on était rarement obligé de recourir au tour de roulement pour remplir les vacances, et, alors même que toutes les désignations auraient eu lieu au tour de roulement, les charges du service colonial réparties sur près de 800 médecins ou pharmaciens, devenaient peu lourdes, puisque, un tiers à peine de l'effectif se trouvait en service aux colonies, le second tiers étant à la mer et le dernier, dans les ports de la métropole pour les hôpitaux, les troupes, les établissements maritimes, les écoles... Et comme il y avait un grand nombre d'embarquements dans les mers d'Europe, on peut affirmer que plus de la moitié du corps de santé se trouvait dans d'excellentes conditions climatériques, tandis qu'avec la création d'un corps spécial pour les colonies, on a, sauf quelques exceptions pour les grades élevés, des médecins et des pharmaciens voués, pendant la plus grande partie de leur carrière au service colonial, et, cela au détriment de leur santé qui réclame de nombreux congés, souvent insuffisants, ce qui entraine des invalidités définitives, des démissions ou des retraites prématurées.

On avait un commissariat colonial, on a voulu avoir aussi un corps de santé colonial, sans réfléchir que l'existence du commissariat colonial parfaitement justifiée autrefois, par l'origine créole de la plus grande partie de ses membres, ne l'est plus, aujourd'hui, avec les nouvelles lois et dispositions, qui régissent les deux corps du commissariat, et que le commissariat colonial réclame ou accepterait volontiers la fusion, comme la réclamera probablement un jour et l'accepterait avec les avantages acquis, le corps de santé colonial, dont le service est de plus en plus lourd, malgré les prêts que lui fait encore le corps de santé de la marine. — Ces réserves faites, ces inconvénients signalés, dont quelques-uns très sérieux, très graves même, abordons les questions, qui intéressent le plus particulièrement nos confrères, dont les fils auraient l'idée de se faire admettre dans l'un de ces deux corps de santé, dont le recrutement, à très peu d'exceptions, se fait d'une manière identique.

Tous, absolument tous, les médecins et pharmaciens de la marine sortent, aujourd'hui, de l'école créée à Bordeaux en 1890 et dont j'ai eu l'honneur d'être le premier directeur. — On a bien admis dans le corps colonial, depuis 1890, quelques jeunes docteurs ou pharmaciens universitaires, n'ayant pas appartenu à l'école de Bordeaux, et cela, dans le but de compléter, le plus tôt possible, le corps de santé colonial, mais ces admissions ont été bien rares et seront supprimées, nous l'espérons, quand ce corps sera entièrement constitué et que les prélèvements à faire sur les promotions de sortie de l'école de Bordeaux fourniront suffisamment à tous les besoins pour dispenser de recourir à ces admissions exceptionnelles, qui ne sont pas sans inconvénient pour l'unité d'origine, reconnue nécessaire; pour dispenser aussi de recourir aux emprunts considérables faits, jusqu'ici,

par le service colonial, au corps de santé de la marine.

Mais, comment se recrute l'école de Bordeaux où tous les élèves entrent avec 4 inscriptions, c'est-à-dire avec une première année d'études médicales et où ils passent trois années et quelques mois auprès de la Faculté de médecine ? Exclusivement, par un concours annuel, auquel ne peuvent prendre part que les élèves ayant fait une première année d'études dans les trois écoles annexes ou préparatoires de Brest, Rochefort et Toulon.

Tant que ces trois écoles auront assez d'élèves pour qu'il y ait une sélection suffisante, convenable, c'est-à-dire le nombre habituel de 150 à 170 élèves pour les trois écoles, et pour 45 à 50 admissions annuelles, la marine ne renoncera pas à ce mode de recrutement, dont elle se trouve bien : Les élèves des écoles annexes, sans être internes comme à Bordeaux, sont cependant soumis dans les écoles et hôpitaux des ports à une discipline, à une surveillance qui les préparent bien à la discipline militaire de l'école de Bordeaux.

Il n'y a pas de concours pour l'admission aux écoles annexes des trois ports.

Tout jeune homme âgé de 17 ans au moins, au 1er janvier qui suit la date de l'admission, bien constitué et n'étant atteint d'aucune infirmité ou maladie susceptibles de le rendre impropre au service militaire peut solliciter son admission à l'une des trois écoles préparatoires, à la condition d'être pourvu : A. pour la *médecine*, soit du diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique, avec mention *lettres philosophie* et du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, soit du diplôme de bachelier ès lettres ancien et aussi du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles..

B. pour la *pharmacie*, soit du diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique avec mention : *lettres philosophie* : ou avec mention *lettres mathématiques*, ou le diplôme de bachelier de l'enseignement moderne avec l'une ou l'autre des trois mentions ; soit transitoirement le diplôme de bachelier ès lettres, ou le diplôme de bachelier ès sciences complet, ou le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire spécial.

Les candidats doivent adresser leurs demandes et se faire inscrire du 15 septembre au 1er octobre à la préfecture du département où est établi le domicile de leur famille ou de celui où ils poursuivent leurs études. Les dossiers sont soumis au ministre de la marine, par les préfets, avant le 15 octobre délai de rigueur.

Nos confrères trouveront l'énumération de toutes les pièces du dossier à fournir, dans une brochure officielle publiée par la librairie Baudoin (rue et passage Dauphine, 30, Paris).

Les admissions prononcées par le ministre ont lieu du 1er au 30 novembre ; mais, comme les cours dans les écoles annexes, commencent dès le 3 novembre, il est important pour les élèves admis, d'être si possible, présents dès le début.

Par décision ministérielle, des candidats peuvent être inscrits provisoirement dans une des écoles annexes, sans produire l'un des diplômes s'ils remplissent toutes les autres conditions réglementaires. Mais, leur admission définitive ne peut être prononcée que s'ils justifient avant le 30 novembre de la possession du diplôme manquant.

Les élèves des écoles annexes s'entretiennent à leurs frais ; ils logent et prennent leurs repas en ville, ne portent pas d'uniforme et ne contractent aucun engagement. Ils acquittent le droit des 4 premières inscriptions, en versant, en outre, une somme de 50 francs pour l'entretien de la bibliothèque de l'école.

Pendant cette première année d'études les élèves sont attachés aux divers services de l'hôpital, exercés à l'examen des malades, aux pansements et aux petites opérations ; ils suivent tous les cours réglementaires (anatomie, histologie, physiologie, chimie et physique biologiques, petite chirurgie, etc.) et les exercices d'amphithéâtre et de laboratoire. A la fin de chaque trimestre, ils sont soumis à des interrogations sur toutes les matières professées jusque là, et reçoivent, de leurs professeurs et chefs de service, des notes sur leur manière de répondre, leur assiduité au travail et au service, sur leur conduite et leurs aptitudes, notes que le Directeur transmet au ministre deux fois par an, et dont le résumé sert en outre au directeur pour établir, avant le Concours pour l'école de Bordeaux, des notes dites d'aptitude qui sont remises au président du Jury de Concours.

Ce concours a lieu tous les ans en août et septembre.

Les épreuves écrites sont. — A. pour les *élèves en médecine*.

1° Une composition sur un sujet de physiologie, en exposant, suivant la question, les notions de physique et de chimie biologiques qu'elle comporte. (3 heures).

2° Thème anglais ou allemand d'une page environ. (2 heures).

Les épreuves écrites sont éliminatoires.

B. *Pour les Etudiants en pharmacie* ayant passé 3 ans à l'école annexe et subi avec succès l'examen de validation de stage officinal.

1° Une composition écrite sur un sujet d'histoire naturelle (3 heures).

2° Un thème anglais ou allemand.

ÉPREUVES ORALES.

A. Pour les Etudiants en médecine.

1er *examen oral.*

Anatomie descriptive et Histologie (30 minutes).

2e *examen oral.*

Préparation anatomique (4 heures pour la préparation, 5 minutes pour la démonstration.)

3me *examen oral.*

Symptomatologie (10 minutes pour examiner un organe au lit du malade et expliquer la manœuvre au fur et à mesure de l'examen).

— Puis une opération de petite chirurgie, application d'un pansement, application d'un appareil.

Le tout sans parler.

B. Epreuves orales pour les *élèves en pharmacie*.

1er *examen.* Interrogations sur la chimie et la physique médicales (30 minutes).

2e *examen.* — Préparations d'un ou de plusieurs médicaments du Codex.

3ᵉ *examen.* — Détermination de dix plantes ou parties des plantes et de dix médicaments chimiques (15 minutes).

Aucun élève ne peut être autorisé à redoubler une année d'études à une école annexe, à moins que des circonstances graves ne lui aient occasionné une suspension forcée de travail, pendant plus de deux mois, et dans le cas où ayant échoué au concours d'admission à Bordeaux, il serait proposé par son directeur pour le redoublement de l'année d'études ; cette proposition est subordonnée aux notes obtenues par l'élève pendant la première année.

ÉCOLE DE BORDEAUX.

Cette école, l'analogue de celle de Lyon pour le service de santé militaire, est soumise au régime militaire.

Les élèves sont logés à l'école, y prennent leurs repas.

Le prix de la pension est de 700 fr. par an, celui du trousseau de 750 fr. pour la 1ʳᵉ année, 250 pour la 2ᵐᵉ année, 300 pour la dernière.

Les livres, les instruments et objets nécessaire aux études, sont compris dans le trousseau. — Des bourses et demi-bourses, des trousseaux et demi-trousseaux, peuvent être accordés aux élèves dont les familles ont fait constater l'insuffisance des ressources pour leur entretien à l'école.

— Les demandes de dégrévement total ou partiel doivent être remises avec toutes les pièces à l'appui (voir leur énumération dans la brochure officielle indiquée plus haut) avant le 1ᵉʳ septembre, au préfet du département où réside la famille ; ce dossier est adressé au ministre qui le transmet au conseil d'instruction de l'école qui, après minutieux examen, fait les propositions de dégrèvement.

Le nombre de bourses et demi-bourses n'est pas limité ; il est possible de pourvoir à tous les besoins. Pour la concession des trousseaux et demi-trousseaux, le Conseil d'instruction doit se renfermer dans les crédits accordés chaque année.

Les concessions se faisant pour une année, peuvent, suivant les cas, être augmentées ou diminuées les années suivantes.

Dès leur arrivée à l'école, les élèves, après une visite médicale, contractent un engagement de trois ans, au titre de l'infanterie de marine et s'obligent, en outre, par acte administratif, à servir six années dans le corps de santé de la marine ou dans celui des colonies, à compter de leur nomination de médecin ou de pharmacien de 2ᵉ classe.

A l'école de Bordeaux, les élèves ont une tenue spéciale et sont assimilés aux aspirants de 2ᵉ classe. Les peines disciplinaires vont de la simple réprimande à l'exclusion de l'école, qui entraîne l'envoi dans un régiment d'infanterie de marine.

Pendant les trois années passées à l'école, les élèves suivent les cours et exercices obligatoires de la Faculté de médecine, ainsi que les visites des hôpitaux.

Un certain nombre de professeurs, médecins ou pharmaciens de 1ʳᵉ classe de la marine, sont attachés à l'école comme répétiteurs, conférenciers, surveillants des études; ils procèdent à de fréquentes interrogations pour s'assurer si les élèves ont profité des leçons de la Faculté et s'ils sont en mesure de se présenter avec succès aux examens, aux époques réglementaires — Pendant tout leur séjour à l'école, les élèves sont exonérés de tous frais universitaires d'examen, thèse et diplôme. Nous avons dit que la concession des bourses et demi-bourses était faite très largement ; en outre, à la sortie de l'école, un certain nombre d'élèves, promus au grade de médecin ou de pharmacien de 2ᵉ classe, reçoivent une somme de 500 fr. comme mise de premier équipement.

Après trois années passées à l'école les élèves y rentrent, en novembre de la 4ᵐᵉ année, pour subir leurs derniers examens et présenter leur thèse. Ils doivent obtenir leur diplôme de docteur, en janvier au plus tard, de manière à être rendus le 1ᵉʳ février à l'école d'application de Toulon (Val-de-Grâce maritime), pour y faire un stage de 7 mois, au bout duquel, après examen de classement, ils sont nommés médecins titulaires de 2ᵉ classe. Jusque-là, en effet, ils ne sont qu'auxiliaires de 2ᵉ classe, mais comptent, du jour de la sortie de l'école de Bordeaux, 4 ans pour la retraite et touchent les appointements de médecin ou pharmacien titulaire de 2ᵉ classe.

Les jeunes docteurs ou les pharmaciens universitaires de 1ʳᵉ classe, qui sont appelés à la sortie, sur leur demande, ou d'office, au corps de santé colonial ne font pas de stage, jusqu'ici du moins, et sont titularisés dès leur entrée dans le corps de santé des colonies.

En présence des avantages de solde faits au corps de santé colonial et aussi des chances d'avancement plus rapide, que dans le corps de santé de la marine, les demandes d'adoption pour le cadre colonial sont assez nombreuses. Aux colonies, en effet, la solde des médecins de 2ᵉ classe est à peu près le double de la solde à terre, en France ; elle dépasse 5 mille francs, non compris des suppléments dans la plupart des postes ; quant à l'avancement, les chiffres suivants donneront une idée de sa rapidité dans le corps colonial et de sa lenteur dans le corps métropolitain.

Dans le premier, les 24 plus anciens médecins de 2ᵉ classe sont 2 de 1891, 22 de 1892. Le 25ᵉ n'a que 2 ans 1/2 de grade et sera probablement promu à la 1ʳᵉ classe, dans 18 mois au plus.

Dans le corps de santé de la marine les 16 plus anciens médecins de la classe sont de 1888 et beaucoup d'entre eux n'arriveront pas à la première classe avant 2 ans.

Dans le corps de santé colonial les plus anciens médecins de 1ʳᵉ classe sont de 1889, et toute la promotion de 1890 au nombre de 29 occupe du 4ᵉ au 33ᵉ rang. — Ces médecins n'avaient fait que 3 à 5 années dans le grade de médecin de 2ᵉ classe.

Dans le corps de santé de la marine, la tête des médecins de première classe est de la promotion de 1883 (les 5 premiers). Les autres de novembre 1884, et une partie de cette promotion n'arrivera pas au grade supérieur avant 3 ans, soit 16 à 17 ans de grade, à moins d'une augmentation sérieuse, vivement réclamée, ardemment attendue, du cadre des médecins principaux, augmentation qui serait justifiée et convenablement utilisée comme il serait facile de

le prouver. C'est surtout pour ce grade que l'inégalité est choquante dans l'un des deux corps ; dans le corps colonial, le passage au 1er grade supérieur s'est fait, jusqu'ici, au choix ou à l'ancienneté, entre 5 et 8 années de grade, tandis que dans le corps métropolitain le choix s'exerçant rarement sur moins de 10 ans de grade, l'ancienneté sera bientôt de 16 à 17 ans et plus, à moins de nombreuses retraites prématurées probables, car un médecin qui, après 25 ans d'une carrière active attendra encore à 45 ans le grade supérieur préférera souvent se retirer, dans la force de l'âge, pour compenser par la clientèle civile, la modicité d'une retraite dont le taux variera pour lui de 2.500 à 3.000 fr., le maximum de 3.300 ne pouvant être atteint à 45 ans d'âge. En dehors des retraites prématurées il y a et il y aura, dans les deux corps, des démissions assez nombreuses, démissions qu'on peut faire accepter dès qu'on a servi pendant six années dans un des deux corps, c'est-à-dire à un âge (28 à 30 ans) où un médecin instruit, travailleur, déjà expérimenté, a toutes les chances de se créer une clientèle rémunératrice.

Malgré les nombreux *desiderata* que nous venons de signaler et dont quelques-uns peuvent disparaître ou être atténués, nous estimons que plusieurs de nos confrères feront bien d'engager leurs fils à choisir l'une de ces deux carrières qu'ils peuvent parcourir très honorablement et avec grand succès, ou abandonner, après quelques années, pour raison de santé ou tout autre motif, pour aider, par exemple, le chef de la famille et recueillir plus tard sa succession professionnelle.

Donnons maintenant des renseignements complémentaires sur les cadres des deux corps, l'assimilation, les soldes et avantages divers suivant les grades et situations.

Comme effectif du corps de santé de la marine, l'*Annuaire de* 1896 (mars) donne la répartition suivante pour les différents grades.

Inspecteur général (grade supprimé en 1886 rétabli en 1896)	1
Directeurs du service de santé	5
Médecins en chef	22
Médecins principaux	64
Médecins de 1re classe	196
Médecins de 2e classe, dont un certain nombre encore prêtés aux colonies	198
Médecins auxiliaires de 2e classe ou stagiaires	18
	504

Pharmaciens.

Pharmaciens en chef	6
Pharmaciens principaux	8
Pharmaciens de 1re classe	15
Pharmaciens de 2e classe (dont un certain nombre prêtés aux colonies)	28
	57

Soit donc, en tout, 561 pour tout le corps de santé de la marine. L'effectif des médecins de 2e classe sera probablement un peu réduit, quand le service colonial ne fera plus d'emprunt au service marine.

On ne sait pas encore quel sera l'effectif du corps de santé colonial quand il sera au complet ; pour le moment nous trouvons dans l'Annuaire de 1896, la composition suivante :

Inspecteur général	1
Médecin inspecteur de 2e classe	1
Médecins en chef de 1re classe	5
Médecins en chef de 2e classe	11
Médecins principaux	25
Médecins de 1re classe	80
Médecins de 2e classe	85
	208

Pharmacien en chef de 1re classe	1
Pharmacien en chef de 2e classe	1
Pharmaciens principaux	3
Pharmaciens de 1re classe	13
Pharmaciens de 2e classe	18
	36

Soit en tout 242 pour le corps de santé colonial ; effectif insuffisant, surtout dans les grades inférieurs, pour lesquels la marine fait des prêts temporaires.

L'assimilation est la suivante :

Inspecteur général = Contre-amiral.

Directeurs = (entre Contre-amiral et Capitaine de vaisseau.

Médecins et pharmaciens en chef = Capitaine de vaisseau.

Médecins et pharmaciens principaux = Chef de bataillon.

Médecins et pharmaciens de 1re classe = Lieutenant de vaisseau.

Médecins et pharmaciens de 2e classe = Enseigne de vaisseau.

L'assimilation des directeurs est toute bâtarde, illogique ; elle n'existe pas par le fait, car c'est contre toute légalité qu'on a établi, *fictivement*, un grade entre celui de capitaine de vaisseau et celui de contre-amiral. Il n'en est pas ainsi dans l'armée de terre où le médecin-inspecteur est assimilé au général de brigade et l'inspecteur général au général de division.

Dans le corps de santé de la marine n'existe pas le grade de capitaine de frégate ou de lieutenant-colonel, comme dans le corps de santé colonial — un lieutenant de vaisseau (capitaine) en passant au grade supérieur a d'emblée l'assimilation de lieutenant-colonel, tandis que, un médecin de 1re classe nommé médecin principal n'obtient que le grade de chef de bataillon.

Il est vrai, qu'une fois médecin principal, s'il peut être nommé médecin en chef, il a d'emblée l'assimilation de capitaine de vaisseau ou colonel ; nous ferons remarquer qu'on n'arrive pas à l'ancienneté à ce dernier grade, mais exclusivement au choix. — Aussi le corps de santé de la marine a-t-il réclamé depuis longtemps, avec insistance, mais sans succès, une assimilation complète au point de vue des grades avec les officiers de vaisseau.

Pour le corps de santé colonial, l'assimilation est à peu près la même ; seulement il a tous les grades du corps de santé militaire ; le médecin en chef de 1re classe étant assimilé au colonel, celui de seconde classe au lieutenant-colonel ou capitaine de frégate, le médecin principal étant, comme son collègue de la marine, assimilé à un chef de bataillon.

Pour les officiers du corps de santé de la

marine la solde est suivant les fonctions qu'ils occupent.

	A la mer.	A terre en France avec indemnité de logement.	Aux colonies
	—	—	—
Inspecteur général		15.821	
Directeur (1re classe)		13.221	
Directeur 2e classe		11.216	
Médecin et pharmacien en chef	9.814	9.151	12.618
Médecin et pharmacien principaux	6.745	6.328	9.056
Médecin et pharmacien de 1re classe	4.168	3.846	6.442
Médecin et pharmacien de 2e classe	3.031	2.783	5.039

Il y aurait, en outre, à mentionner divers suppléments (séjour à Paris, indemnités de fonctions pour les directeurs des ports et de l'Ecole de Bordeaux, les professeurs des écoles annexes, et de l'école de Bordeaux, les médecins attachés aux dépôts des équipages de la flotte, aux établissements d'Indret, Ruelle, la Chaufade, etc., suppléments qui varient de 800 fr. à 2000 fr. et bonifient sensiblement la solde, — mentionnons encore le supplément annuel de 530 fr. aux médecins et aux pharmaciens de 1re classe ayant 12 ans de grade.

Nous avons déjà dit que les officiers des deux corps de santé, en service aux colonies, y recevaient, en dehors de leur solde, des suppléments quelquefois assez élevés dans certaines colonies nouvelles, surtout pour les chefs de service qui, naturellement, aujourd'hui, appartiennent tous au corps de santé colonial.

Pensions de retraite.

Le droit de pension de retraite, pour ancienneté de service, est acquis aux officiers des deux corps de santé, après 25 ans de services, s'ils réunissent six ans de mer ou de colonies et il est excessivement rare qu'ils ne réunissent pas ces conditions: dans ce cas il leur faut 30 ans de services.

Si une fois ces conditions remplies, les intéressés peuvent choisir l'heure de leur admission à la retraite, en dehors, bien entendu, de certaines circonstances d'ordre supérieur, le ministre peut de son côté, sans donner des motifs, prononcer l'admission d'office à la retraite... Mais, il y a en outre, des limites d'âge, qui varient suivant les grades. C'est ainsi que ces limites sont pour le moment fixées :

A 68 ans, pour l'inspecteur général ;

A 65 ans, pour les directeurs et l'inspecteur colonial ;

A 62 ans, pour les médecins en chef, pharmaciens en chef et médecins en chef et pharmaciens de 1re classe du cadre colonial ;

A 60 ans, pour les médecins et pharmaciens en chef de 2e classe ;

A 58 ans, pour les principaux des deux corps.

Quant aux limites de 56 et 53 ans pour les médecins et pharmaciens de 1re et de 2e classe, elles figurent sur le papier, sans pouvoir jamais recevoir une application.

Il y a un minimum pour chaque grade, minimum qui s'augmente graduellement pour chaque année de service en plus, et par la supputation des bénéfices de campagne, (temps de guerre, service à la mer, aux colonies, etc.)

Tarif des pensions de retraite.

Grades	Minimum.	Maximum.	Pension de la veuve ou des enfants mineurs (le tiers du maximum).
—	—	—	—
Inspecteur général	6.000 fr.	8.000 fr.	2.667 fr.
Directeur du service de santé, ou médecin inspecteur des colonies	6.000	8.000	2.667
Médecin et pharmacien en chef des 2 corps	4.500	6.000	2.000
Médecin et pharm. en chef de 2e classe	4.000	5.000	1.666
Méd. et phar. principaux	3.000	4.000	1.333
Méd. et pharm. de 1re classe	2.300	3.300	1.100
Médecin et pharm. de 2e classe	1.700	2.500	833

Distinctions honorifiques.

Les officiers des deux corps de santé reçoivent des décorations : 1° pour ancienneté de bons services ; 2° pour services exceptionnels ou faits de guerre ; nous ne saurions dire si c'est dans la même proportion que les autres corps de la marine ou de l'armée de terre... Mais en consultant l'Annuaire de la marine de 1896 (mars) nous trouvons les chiffres suivants :

Corps de santé de la marine.

Des 5 directeurs : 4 sont officiers de la Légion d'honneur ; 1 seul est commandeur et a été admis tout récemment à la retraite.

Des 28 médecins en chef ou pharmaciens en chef, 17 sont officiers, tous les autres chevaliers.

Des 72 médecins ou pharmaciens principaux, 4 seulement sont officiers, tous les autres chevaliers.

Sur 211 médecins ou pharmaciens de 1re classe, 93 sont chevaliers de la Légion d'honneur.

Enfin sur 226 médecins ou pharmaciens de 2e classe, dont quelques-uns pourtant, ont une certaine ancienneté de service, nous ne trouvons que 7 chevaliers.

Corps de santé des colonies.

Sur 46 officiers supérieurs (médecins ou pharmacien), 4 seulement sont officiers de la Légion d'honneur, 34 chevaliers, 8 de ces officiers supérieurs ne sont pas décorés, mais il faut dire que fournis, comme leurs collègues par le corps de santé de la marine, ils sont entrés très jeunes de grade ou avec un grade supérieur dans le corps de santé des colonies ; plusieurs d'entre eux n'ont pas 20 ans de service et quelques-uns 16 à 17 ans à peine.

Même observation, et encore plus accentuée, pour les médecins et pharmaciens de 1re classe des colonies qui, sur 93 n'ont qu'une croix de chevalier ; mais il ne faut pas oublier que, si les 3 plus anciens sont de la promotion de 1889, les 29 qui suivent n'ont pas plus de 6 ans de grade et de 3 à 5 ans dans la 2e classe soit en tout de 9 à 11 ans de services, et en définitive, ils ont dû préférer un avancement rapide, à une distinction qu'ils obtiendront assurément plus tard. Cette tête de liste de médecins coloniaux de 1re classe va arriver au grade supérieur avec 7 et 8 ans de grade au plus, tandis que s'ils étaient restés au cadre de la marine, ils auraient encore à attendre 7 à 8 années à l'ancienneté le grade de médecin principal. Il est juste de dire du reste, qu'ils paient par plus de risques, au point de vue de leur santé, l'avancement rapide jusqu'ici qu'ils obtiennent et qui se ralentira certainement quand le corps sera constitué en entier.

On reconnaîtra peut-être alors, que la création d'un corps de santé colonial a été faite sans grand profit définitif pour lui, et au grand détriment de l'ancien et grand corps de santé de la marine et des colonies, qui assurait si largement et avec une répartition plus équitable des dangers et des avantages le service dans les ports, à la mer et aux colonies.

BRASSAC,
Directeur du service de santé
de la marine en retraite.

Nous recommandons d'une façon toute spéciale, le travail si précis de notre très honoré collègue, qui exerce à *Vichy*, à l'attention des pères de famille qui seraient tentés de faire suivre, à leurs enfants, la carrière de la marine. Leurs budgets de famille sont souvent étroits ; ils trouveront, dans la voie indiquée par M. Brassac, le moyen économique d'une éducation médicale complète.

A. C.

REPORTAGE MÉDICAL

Les tables de régime dans les villes d'eaux.

Nous recevons la lettre suivante :

Pougues (Nièvre), le 31 juillet 1896.

Nous vous serions très reconnaissants de vouloir bien accorder aux quelques lignes qui suivent l'hospitalité :

Tous ceux qui s'intéressent à la prospérité de nos stations thermales françaises s'étonnent, à bon droit, de ne pas y voir fonctionner ces « tables de régime » qui sont un des principaux éléments du succès croissant des grandes villes d'eaux d'Allemagne et d'Autriche. Il est bien certain, en effet, que sans un régime rationnel un très grand nombre de cures d'eaux sont condamnées à rester stériles ou, tout au moins, à ne pas rendre — tant s'en faut — leur maximum d'effet. Cela est surtout vrai des eaux minérales qui s'adressent spécialement aux maladies de la nutrition.

Il nous a semblé, en conséquence, qu'il fallait rompre avec les errements actuels. Aussi, unis comme tous les médecins doivent l'être quand il s'agit du bien des malades et de l'avenir de la profession, venons-nous d'organiser dans notre station des « tables de régime » appropriées aux maladies que l'on adresse plus spécialement à nos sources.

Il nous paraîtrait opportun, pour ne pas dire urgent, que nos confrères des autres villes d'eaux marchassent dans la même voie. En les incitant, et en portant à leur connaissance l'initiative que nous avons cru devoir prendre, vous rendriez un signalé service aux stations thermales françaises, qui représentent une part importante de la richesse nationale, qui répondent au moins aussi bien que toutes les stations étrangères aux multiples indications des affections diathésiques et des maladies chroniques, mais qui ont peut-être besoin de se secouer un peu, de faire acte d'initiative et de ne pas s'endormir sur l'oreiller du passé.

En vous remerciant....

Docteurs MIGNOT, JANICOT, BOVET,
FAUCHER, HÉRARD DE BESSÉ.

Le fils de notre excellent sociétaire, M. le Dr Chopard, de Cepoy (Loiret), vient d'être décoré le 14 juillet, en sa qualité de médecin-major de 1re classe.

— Le tribunal de la Seine (2e ch.) a jugé que les syndicats professionnels peuvent, sans autorisation du gouvernement, recevoir, à titre gratuit, des dons et legs.

— Nous apprenons la mort de M. le professeur *Pajot*, dont la mémoire sera gardée par ses nombreux élèves et celle de M. le Dr *Desprès*, chirurgien des hôpitaux.

— *A propos du baccalauréat.* — M. Rambaud, ministre de l'instruction publique, vient d'adresser aux recteurs une circulaire relative aux examens du baccalauréat. Il recommande d'attacher une plus grande importance aux données du livret scolaire, et une moins grande aux notes de l'examen lui-même.

— *La pratique des expertises médicales sur malades hospitalisés.* — A la séance du 20 juillet de la Société de médecine légale, MM. Vibert, Lefert et Ogier se sont plaints de ce que les Directeurs d'hôpitaux et même quelques chefs de service, créaient des difficultés aux médecins chargés de pratiquer des expertises sur des malades hospitalisés.

Pour remédier à cette situation, M. Vibert a été prié de rédiger une note, qui sera remise au nom de la Société à M. le Procureur de la République et au Directeur de l'Assistance publique.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4.102. — M. le docteur BOURNHONET, de Pont-Saint-Pierre (Eure), présenté par M. le docteur Ollivier, de Fleury-sur-Andelle (Eure).

N° 4.103. — M. le docteur LAMY, de Caumont (Calvados), membre du Syndicat médical de Bayeux.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 33 15 août 1896

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le bonheur du médecin.

(Réponse à la famille d'un débutant presque découragé.)

Nous qui tenons l'oreille toujours ouverte au concert de récriminations professionnelles dont nous voulons recueillir l'écho, nous qui suivons, d'un œil attentif, le mouvement constant des conditions d'existence du médecin dans notre société, luttant de notre mieux pour prévenir ou supprimer les dangers connus, recherchant et indiquant la voie où la corporation doit marcher pour élever le niveau de sa considération et d'un légitime bien-être, nous nous sommes souvent demandé en quoi consiste l'idéal que nous poursuivons, *le bonheur du médecin en général*.

En est-il parmi nous, qui se soient assez approchés de la chimère pour pouvoir nous en en indiquer les traits ? Avons-nous, en un mot, rencontré des médecins heureux, dans le sens, évidemment relatif, qu'il faut accorder à ce mot ?

A travers nos souvenirs, il nous semble apercevoir des figures donnant ce signalement.

Cherchons donc d'abord dans quel milieu elles nous sont apparues.

Ce n'était généralement pas dans l'aristocratie médicale. Là, les individualités les plus estimables et les mieux douées, se montraient habituellement en butte aux tracasseries journalières d'une situation trop en évidence. On y voyait presque toujours, sur les visages les plus sympathiques, le sillon creusé par des ambitions déçues,par les coups de rivalités aussi aiguës qu'hypocrites, par le surmenage obligatoire d'une vie trop agitée, par l'engrenage de sujétions, de lourdes responsabilités, de suspicions même, qui saisit les occupants de postes officiels.

Ce n'était pas souvent, non plus, parmi ceux qui dérobent difficilement, aux obligations d'une vie mondaine, quelques instants consacrés à la profession, devenue un hors-d'œuvre sans consistance pour l'activité journalière. Sans cesse étourdis par le tourbillon qui les emporte, ceux-là n'ont pas le temps de se ressaisir, afin de goûter une de ces satisfactions intimes et prolongées qu'on puisse appeler le bonheur.

Nous ne les avons pas vues davantage chez les médecins qu'une célébrité locale lançait dans la fournaise politique, parmi ceux qui se bâtissent un fragile piédestal, en sacrifiant souvent l'estime de leurs confrères et la dignité professionnelle, au souci d'une rapide fortune et aux caprices d'un public changeant.

Mais, il reste la nombreuse phalange des modestes, qui peuple nos campagnes et beaucoup de petites villes ; et, disons-le de suite, c'est dans ses rangs qu'il nous a été donné de compter le plus grand nombre de médecins vraiment heureux. C'est donc là qu'il faut chercher à recueillir les éléments constitutifs de cette formule peu banale d'où découle la félicité professionnelle.

Voici les principaux :

C'est d'abord la *raison* qui a dicté le choix judicieux de la clientèle, qui a proportionné les dépenses aux recettes probables, qui a présidé, sans en exclure l'amour, à un mariage bien assorti, souvent préférable à un mariage brillant.

Puis la *prévoyance* a fait entendre ses leçons. Afin de conjurer les malheurs possibles, le confrère s'est solidarisé avec tout le corps médical. Il s'est créé des titres à la bienfaisance de celui-ci, par son entrée dans la société locale, et des droits véritables à l'indemnité en cas de maladie, à une pension pour ses vieux jours, à une rente viagère pour sa femme s'il venait à mourir prématurément, toutes précautions que lui a suggérées le « Concours médical », devenu son bréviaire dès la première heure.

Grâce à ces garanties préliminaires et fonda-

mentales, notre praticien, à la recherche du bonheur, s'est arraché déjà aux angoisses de la lutte pour l'existence. Avec la sécurité, il a acquis le calme, la tolérance, un commencement de douce philosophie. Les illusions de l'école sont tombées, dru comme des feuilles d'automne, mais sans laisser de profondes blessures, sans appeler ce noir découragement, sans provoquer la hideuse misanthropie. Il sait maintenant fermer l'oreille aux mauvais propos du public incompétent à juger les actes du médecin; l'ingratitude qu'il rencontre à chaque pas ne l'émeut plus ; l'ignorance, le défaut d'éducation, le caractère mesquin de ceux qui l'entourent, font naître en lui la pitié bienveillante plutôt que la colère ou le dégoût; il en arrive à sentir qu'une société imparfaite vaut encore mieux qu'un isolement pour lequel l'homme n'est pas né. Courageux au travail, il ne demande guère à celui-ci que de le faire vivre, ainsi que sa famille; homme de devoir, il compte avant tout sur la satisfaction de sa conscience, pour payer ses dévouements; soucieux d'une indépendance qu'il sait nécessaire, il évite les popularités qu'il faut acheter, résolu à se contenter de la sympathie des siens, et de ceux qui le peuvent apprécier. Le soin de ses malades est sa première préoccupation. Cette tâche remplie, il songe à entretenir ses connaissances scientifiques professionnelles, à les mettre au service de ceux qui l'environnent (car il a un fonds d'altruisme à dépenser). A cela se trouve consacrée la grosse part de ce qu'il appelle ses loisirs: l'autre est aux siens, à son intérieur, à ses modestes intérêts, à ses devoirs sociaux, à des relations intimes avec des gens qui peuvent le comprendre en son rôle.

C'est pourquoi, vous le verrez dans nos Syndicats, venir comme à une fête, gai, bon, tolérant, ainsi qu'il convient dans une réunion de famille, même si cette réunion comporte un travail en commun.

Ce confrère, nouveau Titus, est souvent content de sa journée. Pour nous, en vérité, c'est le médecin heureux. A moins que le bonheur n'existe jamais pour le médecin ! C'est là un blasphème, que nous laissons aux sceptiques impénitents, ou aux amateurs d'un idéal irréalisable.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Mode d'administration de la pepsine.

Dans une récente leçon sur le traitement des dyspepsies, M. le Dr *Alb. Robin* donne d'utiles conseils sur la meilleure méthode d'administration de la pepsine, dans les affections de l'estomac.

« Il est à coup sûr préférable d'employer les pepsinogènes, que d'ajouter directement de la pepsine dans l'estomac. Parmi ceux dont l'action est le mieux démontrée, il y a *le bouillon*, pepsinogène admirable, qui, malheureusement, sous l'influence des fausses idées régnantes, a été frappé d'un véritable ostracisme contre lequel je proteste absolument; non seulement le bouillon est un pepsinogène, mais de plus il est encore un peptogène. M. Dastre a montré récemment que certaines solutions salines sont capables de digérer la fibrine ; les sels auxquels M. Dastre reconnaît le plus d'activité se retrouvent précisément dans le bouillon.

« Les petits pois, les os, la gélatine, les dextrines du pain grillé, les fromages secs, sont également, d'excellents pepsinogènes.

« Inversement, il est des aliments ou des médicaments qui ont un rôle antipepsinogène indubitable ; tels les amylacés (pain non grillé), les glucoses, toutes les préparations gommeuses, le café en solution concentrée.

« Quelle pepsine faut-il employer? Toutes les

FEUILLETON

Qui, mieux que les médecins, peut apprécier à sa juste valeur, le danger que fait courir à la *France*, la progression incessante de l'alcoolisme? Qui, plus qu'eux, est en mesure de prêcher la bonne parole, avec quelque succès de persuader aux électeurs, ses clients, de porter leur voix sur les candidats qui accepteront le programme du professeur *Alglave*? C'est pourquoi, afin de fournir, à nos confrères, les meilleurs arguments, les arguments des chiffres, nous reproduisons un article paru dans le *Temps*. Notre conviction ardente est que les médecins peuvent seuls lutter contre les débitants des liquides frelatés et accélérer une réforme urgente.

A. C.

La réforme fiscale par le monopole de l'alcool

Au directeur du *Temps*.

Le milliard du monopole de l'alcool

Combien le monopole de l'alcool rapporterait-il à l'Etat? Plus d'un milliard au lieu des 250 millions que produit l'impôt actuel. Et ce milliard ne coûterait rien à la masse des contribuables, puisque les consommateurs continueraient à payer leur petit verre dix centimes comme aujourd'hui, un petit verre tout aussi grand, tout aussi fort en alcool, mais qui ne serait plus empoisonné.

La consommation actuelle taxée par la régie dépasse sensiblement un million et demi d'hectolitres d'alcool absolu. Il y a en outre la consommation clandestine, dont la régie naturellement n'a pas un compte exact et qui atteint bien, sans doute, la moitié de la consommation officielle. Le monopole saisirait à coup sûr une bonne partie de cette consommation clandestine avec les moyens de contrôle tout autrement puissants, dont il disposerait. Cependant nous ne tiendrons pas compte, dans nos prévisions, de ce bénéfice certain conquis sur la fraude, et nous prendrons pour base de nos calculs le chiffre rond d'un million et demi d'hectolitres.

Aujourd'hui, les eaux-de-vie et liqueurs bues dans les cabarets (sauf les vrais cognacs et liqueurs supérieures dont nous parlerons plus tard) ne dépassent guère 37 à 38 % d'alcool absolu. C'est le résultat donné par une enquête officielle à Paris. Les liqueurs sucrées (curaçaos, anisettes, cassis, etc.) en contiennent même beaucoup moins. Soyons larges et supposons que toutes les liqueurs contiennent 40 % d'alcool absolu. Dans ces conditions un hectolitre d'alcool absolu taxé aujourd'hui par la régie correspondrait à deux hectolitres et demi de liqueurs potables, et les 1,500,000 hectolitres d'alcool saisis par l'impôt représentent une consommation de 3,750,000 hectolitres d'eau-de-vie et liqueurs, toujours sans compter la fraude.

Dans un litre d'eau-de-vie, le cabaretier détaille d'ordinaire plus de 40 petits verres. Comptons cependant 40 comme chiffre moyen. A dix centimes le

pepsines du commerce peuvent servir, à condition qu'elles soient fraîchement préparées : c'est là un point très important.

En outre, il est important que le titre exact de la pepsine employée soit bien établi. Il existe, en effet, dans le commerce, une quantité de pepsines très variables au point de vue de leur puissance, comme aussi de leur forme. Les formes les plus communes sont la pepsine extractive, sorte de confiture jaune bien soluble, la pepsine en paillettes qui n'est autre chose que la précédente, desséchée à l'étuve et à basse température, et enfin la pepsine amylacée, obtenue en traitant la pepsine extractive de manière à en faire une poudre par son mélange avec de l'amidon. Toutes ces pepsines ont des titres variant entre 20 et 100, ce qui veut dire que 1 de pepsine, mis en présence de la finbrie dans une petite quantité d'eau acidulée au millième d'acide chlorhydrique et maintenue à l'étuve à 38° ou 39° pendant douze heures, est capable de transformer complètement en peptones 20 à 100 de fibrine. Dans la pratique, le titre acceptable de la pepsine est au moins 50, et la dose formulée doit naturellement être proportionnée à l'importance de la quantité d'aliments ingérés. Le médecin doit avoir soin de désigner dans sa prescription le titre de la pepsine que doit délivrer le pharmacien.

« Dans les prescriptions, la forme n'est pas indifférente; c'est ainsi que la pepsine extractive doit être réservée aux préparations liquides, tandis que la forme en paillettes servira à faire les cachets ; quant à la pepsine amylacée, c'est une forme surannée, qui devrait être bannie de la pratique. »

La pepsine peut être prescrite sous forme de sirop, d'élixir ou de vin et de cachets. Dans les dyspepsies hypersthéniques, l'emploi de l'alcool est contre-indiqué; de même pour les dyspepsies avec fermentation acétique.

Il ne faut pas donner de sucre aux dyspeptiques qui fabriquent de l'acide lactique. Par suite, le sirop de pepsine sera réservé aux dyspepsies hypersthéniques, sans fermentations lactiques, le vin et l'élixir de pepsine aux dyspepsies par insuffisance, sans fermentation acétique, les cachets aux dyspepsies avec fermentation acétique ou lactique ou aux hypersthénies gastriques.

Quand on prescrit la pepsine en cachets, il faut employer une dose de pepsine suffisante, de 0,50 à 1 gramme, et lui associer de la *maltine* ou diastase (0,10 à 0,15). Le cachet sera donné, non pas avant le repas, ce serait inutile, non plus à la fin du repas (il faut laisser à la pepsine le temps d'agir), mais au *milieu* du repas.

Une bonne méthode consiste à associer la pancréatine à la pepsine et à la diastase, la dose est de 0,15 à 0,30 environ par repas ; mais il faut se souvenir que la pancréatine est tuée par son séjour en milieu acide, il est donc nécessaire de la donner en pilules kératinisées, de façon à assurer son passage impunément dans l'estomac. Une fois arrivée dans l'intestin, c'est-à-dire en milieu alcalin, la kératine se dissout et libère la pancréatine.

Lorsqu'on prescrit la pepsine, il faut absolument éviter de donner, en même temps que ce médicament, une des substances qui sont les antagonistes de la pepsine, parmi lesquelles on peut citer : la créosote, le chloral, le sublimé, le tannin, l'acide gallique, les sels de fer solubles, l'atropine, le phénol.

Si l'on est forcé d'avoir recours à ces médicaments, il faut les donner loin des repas ; et, dans tous les cas, il faut éviter de les employer toutes les fois qu'on soupçonne une insuffisance peptique.

---

petit verre, prix actuel, qui serait maintenu, cela fait 4 fr. par litre d'eau-de-vie à 40 degrés, ou 400 fr. par hectolitre d'eau-de-vie, ce qui correspond à mille francs par hectolitre d'alcool absolu. Pour les 3,750,000 hectolitres d'eau-de-vie et liqueurs aujourd'hui taxées, le produit brut s'élèverait donc à un milliard et demi de francs. Et nous faisons nos calculs dans l'hypothèse la plus défavorable, car pour les liqueurs sucrées, qui contiennent à peine 25 pour cent d'alcool, l'hectolitre d'alcool absolu donne quatre hectolitres de liqueurs au lieu de deux et demi et fournit par conséquent une recette brute de 1,600 fr. au lieu de 1,000 fr.

Sur le produit brut minimum d'un milliard et demi il faut défalquer deux choses : d'abord le prix d'achat et de manipulation de l'alcool, ensuite les remises à faire aux débitants. Combien cela ferait-il ?

L'alcool brut ne se vend guère aujourd'hui que 30 francs. Nous admettons que l'Etat le payerait 38 ou 40 francs, et, comme l'alcool déjà rectifié coûterait plus cher, comptons 50 francs par hectolitre. Les dépenses de rectification ne dépasseraient pas 5 ou 6 francs, car, en Allemagne, on les évalue à 4 francs seulement. Quant aux divers frais de manipulation et de mise en bouteille, on est très large en les comptant à 40 francs l'hectolitre. Cela fait donc en tout 100 francs par hectolitre en chiffres ronds ou 150 millions pour la totalité de la consommation.

Restent les remises du débitant au cabaretier. En les calculant à 20 pour 100 du prix de vente, on lui accorde un bénéfice net supérieur à celui de tous les commerces de détail. Il ne faut pas oublier que c'est pour lui un bénéfice garanti et sans risques, avec le crédit gratuit complet accordé par l'Etat. Il ne faut pas oublier non plus que les grands cafés, vendant presqu exclusivement des eaux-de-vie supérieures non tarifées, prendront comme aujourd'hui des bénéfices bien plus considérables pour payer leurs frais d'installations luxueuses. Enfin, il y aurait lieu de prendre des mesures spéciales pour Paris, afin de pouvoir y supprimer l'octroi comme autre part, et, dans l'organisation de ces mesures, on attribuerait un bénéfice plus grand aux débitants de Paris, qui ont plus de frais que ceux des petites villes.

La remise de 20 °/ₒ au cabaretier représente 2 centimes par petit verre, 80 centimes par litre de liqueur ou 2 francs par litre d'alcool absolu, et 200 francs par hectolitre, ce qui fait en tout 300 millions pour les 1,500,000 hectolitres d'alcool absolu aujourd'hui taxés. Ce chiffre est même trop fort, pour plusieurs raisons. Ainsi, les eaux-de-vie vendues par l'intermédiaire des épiciers donneraient lieu à une remise moitié moindre. Ensuite, les eaux-de-vie supérieures : cognacs, armagnacs, chartreuse, anisettes fines, etc., ne donneraient lieu à aucune remise, l'Etat se bornant à leur vendre sa bouteille vide le même prix qu'il la vendrait pleine d'eau-de-vie commune : il économise donc, dans ce cas, le prix de revient de cette eau-de-vie et les remises, soit 3 francs par litre d'alcool absolu ou 300 francs par hectolitre. Il est difficile de chiffrer d'une façon pré-

Régime alimentaire et traitement des dyspepsies.

M. le Dr *Alb. Robin* formule de la façon suivante le régime alimentaire et le traitement des dyspepsies :

I. — Régime alimentaire. — Supprimer les repas trop copieux et faire beaucoup de petits repas. De cette façon, l'estomac est moins distendu, et chez les dyspeptiques, hyperpeptiques (hypersthéniques), l'acide chlorhydrique dont la production est constante, se trouve ainsi utilement employé, ce qui modère les crises douloureuses. Il faut faire six ou huit repas par jour, comme Brown-Sequard l'avait déjà imaginé. — Les aliments, viandes ou légumes, doivent être mis en purée, surtout si le malade n'a pas de bonnes dents.

Aliments et modes culinaires défendus : sucre, bonbons, pâtisseries, sauces, choux et en général toutes les crucifères et les aliments renfermant des huiles essentielles ; charcuterie et viandes conservées, gibier et viandes marinées ; tout coquillage, tous les aliments métazymes, y compris le fromage ; corps gras et fritures de tout genre ; vin et liqueurs, bières et cidre ; peu de pain, capable de déterminer des fermentations secondaires et l'apparition de l'acide lactique ; peu de féculents (les pommes de terre qui renferment beaucoup de cellulose pouvant être autorisées).

Aliments permis : viandes tendres, très peu cuites, œufs frais ; soupes aux pâtes, potages aux pâtes additionnés de purée de viande légèrement cuite ; pas de lait, et interdiction du café au lait ou chocolat (le meilleur déjeuner du matin étant un œuf à la coque avec une tasse de thé) ; café ; eau minérale légère comme boisson avec un peu de cognac (5 gr. par verre).

Voici une eau alcaline artificielle, bonne chez les hypersthéniques : dissoudre à chaud 2 à 6 grammes de bicarbonate de soude dans un litre d'eau ; laisser déposer le bicarbonate de chaux qui précipite ; décanter et boire aux repas le liquide clair ainsi obtenu.

Autre formule de boisson, bien acceptée par les malades : eau de source, ou eau minérale légère dans laquelle on découpe, par litre, cinq ou six tranches de citron (l'acide citrique et le citron étant les seuls condiments acides bien supportés par les gastralgiques, on ne sait pourquoi).

II. — Traitement des troubles de fermentation. — Se garder d'administrer le bicarbonate de soude aux sujets atteints de fermentation lactique « sous peine de voir s'exaspérer secondairement l'état du malade ». Pour saturer l'acide lactique, le médicament de choix est le carbonate de chaux.

Voici une formule :

Craie préparée..........	1 gramme
Magnésie hydratée.......	1 —
S. n. de bismuth........	20 à 60 cent.
Chlorhydr. de morphine.	1 à 2 milligr.

Pour un paquet, à prendre en une seule fois dans un peu d'eau, une à deux heures après le repas.

En cas d'hypersthénie accompagnée de fermentation lactique, il peut être utile de prescrire un verre à madère de *solution chlorhydrique* à 1 pour 1000 au milieu du repas, et un autre à la fin.

Il est démontré que les *antiseptiques* sont inutiles dans les affections gastriques et intestinales ; car alors, « pour obtenir l'antisepsie réelle, il faut arriver à une dose telle que la fonction pepsique elle-même se trouve entravée ». Donc, le *naphtol* et ses dérivés, le *salicylate de bismuth*, le *salol* sont de mauvais médicaments, puisque par eux l'action antiseptique est impossible avec des doses modérées et non nocives.

Dans cet ordre d'idées, ajoute M. Robin, il faut recourir à des médicaments capables d'entraver

---

cise ces diverses défalcations ; mais elles doivent bien représenter 30 ou 40 millions. Du reste, nous n'en tenons pas compte dans nos calculs et nous prenons la somme complète de 300 millions.

Sur la recette brute de 1 milliard et demi nous avons donc à déduire 150 millions d'un côté et 300 millions de l'autre, soit en tout 450 millions. Il reste net 1 milliard et 50 millions. C'est, du reste, un chiffre minimum, on vient de le voir, et qui ne tient pas compte de la diminution certaine de la fraude.

Ces calculs sont inattaquables. On s'est bien avisé de leur objecter que toute élévation considérable de prix entraîne une diminution de la consommation. Mais cette critique pèche par la base. En effet, le monopole de l'alcool n'élèverait pas les prix de vente au détail. Le petit verre coûterait toujours 10 centimes, prix tarifé et certain. On ne voit donc point pourquoi les consommateurs en boiraient moins, puisqu'ils ne le payeraient pas plus cher.

Il est vrai que le monopole de l'alcool devant nous assurer — comme don de joyeux avènement — l'abolition de tout impôt sur le vin et la bière, le prix de ces deux boissons hygiéniques diminuerait beaucoup, qu'on en boirait sans doute davantage et que cela pourrait conduire à boire un peu moins d'eau-de-vie. Peut-être bien. Mais il s'en faudrait de fort peu, car le goût du petit verre correspond à un changement dans les habitudes sociales. Avec l'abolition de l'impôt des vins et des octrois, il n'y aurait plus de vin dédoublé comme aujourd'hui pour faire quatre hectolitres avec trois, et on boirait du vin naturel au lieu de vin fabriqué : ce serait la principale différence.

Du reste, nous pourrions, sans inconvénient, nous montrer bon prince et faire la concession d'admettre que la consommation de l'alcool diminuerait de 5 à 10 pour cent par suite de la concurrence des vins naturels et de la bière. Nous avons, pour combler la différence, ce qu'on gagnerait contre la fraude, et plusieurs produits accessoires comme celui de 40 millions signalé tout à l'heure et dont nous n'avons point fait état.

Enfin, n'oubliez pas que l'impôt actuel produit seulement 250 millions et que le monopole en promet — avec preuves à l'appui — 800 millions de plus, 800 millions qui ne coûteraient rien à la masse des contribuables, puisque ceux-ci continueraient à payer leur petit verre 10 centimes, comme autrefois. Quand même ce bénéfice net de 800 millions devrait s'abaisser à 700, qui donc oserait dire qu'il n'est pas bon à prendre tout de même ? Ne suffirait-il pas toujours à supprimer les octrois, l'impôt du vin et de la bière, et le principal de l'impôt foncier des terres, les octrois en particulier que tout le monde veut abolir, mais que personne ne sait remplacer ? Et ce programme de dégrèvement ne vaut-il pas bien l'impôt sur la rente, qui promet une vingtaine de millions et ne fait disparaître aucun de ces impôts impopulaires au premier chef ?

Em. Alglave.

l'action des ferments figurés, sans agir en même temps sur les zymases, et le *fluorure d'ammonium*, très employé dans l'industrie des bières pour combattre la fermentation lactique, peut être utilisé de la façon suivante :

Eau distillée............ 300 grammes
Fluorure d'ammonium.. 1 —

Une cuillerée à soupe après chaque repas. Dans le cas où le malade fait de petits repas souvent répétés, prendre seulement une cuillerée à café.

On peut employer encore, d'après Prunier, un cachet de 10 à 30 centigrammes d'*iodure de soufre* après les repas.

Le *lavage d'estomac* doit être réservé seulement pour les cas accidentels où les malades atteints de crises violentes ne peuvent obtenir l'évacuation pylorique de leur estomac.

III. — TRAITEMENT DE LA FLATULENCE. — Le traitement de la fermentation est le plus souvent le traitement de la flatulence. Cependant, quelquefois, en raison même de la parésie motrice de l'estomac, consécutive à l'irritation gastrique, l'organe reste très distendu par les gaz, et le malade, ne pouvant les expulser, souffre beaucoup. C'est alors que le malade doit se livrer à une petite gymnastique que M. Robin décrit ainsi : ouvrir l'œsophage en ingurgitant un peu d'air et en abaissant et relevant successivement la tête ; une fois l'ouverture obtenue, les gaz s'échappent avec bruit, sans douleur. L'opération doit être pratiquée avant que la tension gastrique ne soit trop forte.

Traitement de l'entéroptose par l'usage interne de la levûre de bière.

M. le Dr *A. Günzburg*, de Francfort-sur-le-Mein, obtient chez les entéroptosés de très bons résultats en leur faisant ingérer, trois fois par jour, gros comme un pois ou une fève de levûre de bière sèche. Sous l'influence de cette médication, il se développe un degré modéré de tympanisme intestinal, qui n'est nullement désagréable pour le malade, mais qui, au contraire, lui procure un grand soulagement en servant de soutien aux viscères qui ont tendance à se déplacer. Comme ce tympanisme est dû à l'acide carbonique qui se forme dans le tube digestif par l'action de la levûre, on comprend qu'il éveille une sensation subjective tout autre que celle que produisent les gaz provenant de la décomposition spontanée du contenu intestinal. En outre, ce traitement a pour effet d'amener la cessation de la constipation, dont souffrent habituellement les entéroptosés et l'amélioration de l'appétit. Aussi, les patients qui prennent de la levûre engraissent-ils rapidement. Lorsqu'ils ont atteint un certain degré d'embonpoint, on peut cesser l'usage interne de la levûre, l'entéroptose se trouvant dès lors considérablement amendée ; on sait, en effet, que la ptose intestinale s'observe surtout chez les sujets amaigris, à parois abdominales flasques.

S'il se produisait de nouveaux troubles liés à l'entéroptose, on recommencerait le même traitement.

La médication par la levûre est contre-indiquée dans le cas où il existe, non une simple atonie de l'estomac, laquelle est fréquente chez les entéroptosés, mais une véritable gastrectasie.

Traitement de l'eczéma séborrhéique des jeunes enfants.

L'eczéma séborrhéique des jeunes enfants, fréquemment confondu dans l'esprit populaire avec les lésions produites par les pédiculi sous le nom compréhensif de *gourme*, est une affection fréquente chez les enfants suralimentés et en même temps, malpropres. Cette maladie se rencontre aussi chez ceux qui, trop tôt, sont nourris de viande, de fromage, de harengsaur, de saucisses, de salade, de café et d'eau-de-vie.

Dans tous les cas, vices d'alimentation ; voilà ce qu'il faut considérer chez les petits eczémateux.

L'hérédité neuro-arthritique joue incontestablement un rôle important.

Enfin, le parasitisme admis par Unna, sans preuves suffisantes, est probablement vrai, mais sa notion n'ajoutera rien au traitement.

Le traitement, accepté aujourd'hui par tous, peut se résumer en deux mots d'après M. Brunon :

1° Applications émollientes pour faire tomber les croûtes : cataplasmes, compresses humides, calotte de caoutchouc, pulvérisations, lotions ;

2° Application consécutive de topiques, tels que : soufre, résorcine, acide salicylique, naphtol, huile de foie de morue, huile de cade, etc. ;

3° Se préoccuper de l'état du tube digestif de l'enfant.

Le principe de ce traitement est simple, mais dans la pratique, on voit à chaque instant, des enfants qui l'ont subi pendant des mois et chez qui l'eczéma persiste. Pourquoi donc la pratique ne donne-t-elle pas toujours ce que la théorie promettait ? Parce que l'application du traitement local demande un tour de main, des plus simples d'ailleurs, mais le plus souvent négligé.

Voici la marche suivie par M. Brunon, et qui lui a donné le plus souvent d'excellents résultats :

a) Régler l'alimentation de l'enfant, en surveillant attentivement la qualité et la quantité du lait, la régularité des repas, etc.

Chercher à réaliser l'antisepsie gastro-intestinale, autant que faire se peut, en donnant le benzonaphtol plusieurs fois par jour et un laxatif léger, quotidien, pendant la première semaine (huile de ricin, ou calomel, ou poudre de réglisse composée).

b) Si on comptait sur le traitement général seul, on pourrait attendre longtemps la guérison ; le traitement local a une importance extrême, malheureusement son application peut quelquefois être très difficile.

Trois considérations dominent la question : d'abord le médecin doit appliquer le traitement lui-même, comme le chirurgien fait lui-même les pansements de ses opérés.

Il est impossible que la mère ou la domestique de l'enfant appliquent exactement un pansement dont on leur a donné simplement la description. Souvent les succès thérapeutiques d'un médecin n'ont pas d'autre secret : il a opéré lui-même.

Deuxième considération : craindre les antiseptiques. L'abus qu'on en fait depuis quelques années pousse fatalement à appliquer, sur n'importe quelle dermatose et à n'importe quelle

période, des substances irritantes, incendiaires, comme le dit Brocq, qui nuisent au malade en aggravant la maladie et retardent la guérison.

En troisième lieu : il faut d'abord supprimer ou diminuer le prurit, empêcher le grattage, enfermer l'eczéma comme le chirurgien enferme la plaie qu'il panse : l'eczéma mis en vase clos guérira facilement presque toujours (pas toujours, cependant).

Voici la technique qui a paru la plus pratique à M. Brunon :

1° Couper les cheveux avec des ciseaux courbes tous les trois ou quatre jours ;

2° Couvrir la tête d'une calotte faite avec des compresses de tarlatane (six ou huit épaisseurs) imbibée d'eau amidonnée tiède. Recouvrir avec de la baudruche et fixer avec une bande de toile et non de tarlatane, qui durcit après la dessiccation.

3° Ne pas se hâter de cesser les applications humides. Tout au contraire, les continuer 6, 8, 10 jours, jusqu'à disparition du prurit, et cessation du grattage, car le grattage, c'est l'ennemi. Quand on enlèvera la calotte, la tête dégagera une odeur fétide ; ne pas s'en préoccuper plus qu'on ne se préoccupait de l'odeur des plaies dans le pansement de Guérin.

4° Se bien garder de faire des lavages et des lotions ; elles retardent la guérison. Se garder également de donner des bains ; les bien donner est si difficile qu'il vaut mieux s'abstenir (Brocq) ;

5° Dans l'intervalle de quelques minutes, qui sépare les deux pansements (l'ancien et le nouveau), surveiller attentivement l'enfant, car, à ce moment, le prurit est intense, et d'un seul coup, il peut détruire le travail de réparation effectué par deux ou trois pansements.

6° Quand tout symptôme inflammatoire a disparu (rougeur, tension, aspect œdémateux), les croûtes sont tombées depuis longtemps, le cuir chevelu est décapé ; à ce moment, tenter d'une main légère, un lavage avec de l'eau bouillie ou de panama : saupoudrer avec de la poudre de talc, pour voir les surfaces à sec le jour suivant.

7° Les topiques sont alors utiles : ils sont indispensables, si l'eczéma est ancien. Les pommades soufrées ou cadiques sont celles qui ont donné le plus de satisfaction. On formulera la dose de substance active, suivant chaque cas.

Pour l'eczéma des régions glabres, le soufre et l'huile de cade peuvent être trop actifs ; on pourra alors employer l'oxyde de zinc et l'acide salicylique à petite dose.

D'ailleurs le médicament employé est peut-être indifférent en lui-même. Le succès est dans la médication, c'est-à-dire dans la régularité du pansement et dans l'opportunité du topique, quel qu'il soit.

Traitement de la péritonite tuberculeuse par l'intervention chirurgicale.

La péritonite tuberculeuse n'a de chances de guérison que dans un nombre limité de cas ; toutefois, à l'encontre de la méningite tuberculeuse, qu'on n'a jamais vu guérir, la péritonite n'est pas d'un pronostic absolument fatal. Les badigeonnages de collodion réitérés, l'iodoforme à l'intérieur, mais surtout l'intervention chirurgicale ont donné des succès éclatants. Il importe de savoir que l'intervention chirurgicale doit consister seulement dans l'incision de l'abdomen, sans aucun curettage, ni grattage ; c'est cette seule ouverture qui est curative. M. *Thomson* expose ainsi les différentes lignes de conduite que l'on doit suivre, suivant les cas :

Pour la péritonite tuberculeuse avec épanchement séreux, l'incision simple, médiane, suivie d'évacuation complète du liquide est absolument suffisante. On imprime au malade des mouvements de déplacement latéral, afin de bien faire écouler l'épanchement ; puis on suture la plaie et on applique le pansement antiseptique. Qu'on ait fait ou non un lavage du péritoine, la guérison s'obtient dans un grand nombre de cas.

Quand l'épanchement est purulent, on évacue le liquide et on place un tube à drainage ; mais, il ne faut pas le laisser plus de deux jours dans la plaie, afin de ne pas risquer de léser l'intestin.

S'il y a des adhérences qui empêchent de vider entièrement la cavité abdominale par les mouvements de bascule du corps, il vaut mieux faire des contre-incisions parallèles à l'incision médiane, au niveau des culs-de-sac formés par le cloisonnement des adhérences. *Le point capital est d'évacuer tout le liquide épanché dans l'abdomen* ; c'est pour cela que les ponctions sont toujours insuffisantes : il reste toujours du liquide, après une ponction abdominale, même bien faite ; seule une large incision permet l'évacuation totale.

Nannotti et Baciocchi pensent que l'intervention opératoire agit par une influence directe sur le péritoine.

Bien que le traitement chirurgical donne de bons résultats dans la tuberculose péritonéale, il va sans dire qu'il ne doit pas être employé dans tous les cas. Il ne faut y avoir recours qu'après avoir essayé le traitement médical, sans cependant trop s'y attarder. A. Thomson recommande beaucoup le massage de l'abdomen et la régularisation des fonctions intestinales.

Les poudres antiseptiques sur les plaies.

Ayant eu l'occasion, à plusieurs reprises, de voir des plaies d'une durée interminable à la suite d'applications intempestives de poudres antiseptiques, nous tenons à signaler ici, avec insistance, les immenses inconvénients que peut présenter l'emploi des poudres sur la plupart des plaies.

Les poudres, versées plus ou moins abondamment sur une surface saignante, forment avec les liquides qui suintent continuellement, une sorte de croûte, de mastic humide empêchant la cicatrisation et entretenant l'irritation des bords de la plaie.

Donc, que ce soit l'iodoforme, le salol, le bismuth, l'iodol, etc., évitons de saupoudrer les plaies ; c'est une profonde erreur chirurgicale de croire que les poudres entretiennent une atmosphère antiseptique au-dessus de la plaie ; au contraire, elles entretiennent la suppuration et favorisent la formation d'eschares. Rien ne vaut comme pansement les mousselines ou gazes antiseptiques imprégnées de substances antiseptiques (gaze iodoformée, gaze au salol, gaze à l'iodol, etc.). Si par malheur, on se trouvait appelé pour traiter un blessé atteint de

plaie irritée et entretenue par une poudre quelconque, le mieux serait de faire tomber les eschares avec quelques cataplasmes de fécule de pomme de terre renouvelés en permanence pendant 2 ou 3 jours, puis de panser la plaie bourgeonnante ainsi obtenue, avec un sparadrap de Vigo en bandelettes, et une bonne couche d'ouate compressive.

CHIRURGIE PRATIQUE

Rétrécissement du rectum.

On comprend sous le terme de rétrécissement du rectum un « *état pathologique caractérisé par une coarctation permanente et progressive de ce canal, par altération de ses parois, qui trouble ses fonctions et est susceptible de subir une modification régressive par un traitement approprié.* » A côté de cette affection nettement caractérisée, il existe de nombreuses causes de diminution du calibre du rectum ; quelle que soit cette cause le tableau clinique est sensiblement le même. C'est pourquoi nous décrirons les signes qui prouvent l'existence d'un rétrécissement rectal; puis nous en établirons le diagnostic, réservant l'étude des causes pour un chapitre spécial, qui nous permettra d'envisager avec plus d'exactitude, le pronostic et le traitement variables avec la nature de chaque variété de rétrécissement.

Tout rétrécissement du rectum présente dans son évolution une première période *latente* pendant laquelle, rien, ou presque rien, ne trahit son développement. Nous disons presque rien ; car si on suit les malades dès le début on trouve que les signes de *rectite chronique* existaient dès l'origine d'une manière évidente. Dans la clientèle journalière, on n'est le plus souvent appelé à examiner que des sténoses constituées ; c'est ce qui avait fait croire à la latence absolue de cette 1re période. Donc, dans cette 1re période on note déjà une sensation de plénitude rectale, des envies fréquentes d'aller à la garde-robe, des alternatives de diarrhée et de constipation, l'expulsion douloureuse d'une petite quantité de muco-pus ou même simplement un écoulement purulent par l'anus. Dans ses leçons de chirurgie clinique, le professeur Tillaux cite le cas d'une rectite granuleuse suppurante constatée antérieurement au rétrécissement, qui se développa quelques mois plus tard. Tous ces symptômes sont locaux, les fonctions digestives, l'état général n'ayant pas subi encore le contre-coup de l'affection rectale.

A cette période, si souvent inaperçue, succède une deuxième, au cours de laquelle se développent progressivement les signes d'une diminution de calibre du rectum.

Les troubles sont tout d'abord mécaniques, le cours des matières est gêné, entravé ; une constipation plus ou moins opiniâtre s'établit. Le malade reste trois, huit, quinze jours sans avoir de garde-robe ; il a de fausses envies, fait de violents efforts, qui ne lui permettent de rejeter par l'anus que quelques glaires ou du muco-pus, irritant pour l'anus et entraînant du tenesme. Puis, comme toutes les fois où l'intestin est resserré sur un point de son parcours, une transsudation séreuse abondante se forme au-dessous de l'endroit rétréci. Les matières délayées franchissent l'obstacle avec une abondance relative sous forme d'une vraie débâcle de fèces et de gaz. Les jours qui suivent s'établit une diarrhée sanguinolente, avec rejet de fausses membranes et de débris sphacélés, et la constipation se rétablit peu à peu jusqu'à la débâcle suivante. A cette période déjà des accidents sont à redouter, dus surtout aux efforts que le malade fait ou aux tentatives qu'il exerce directement du côté de son rectum pour en extraire les matières. On a noté des hernies, des hémoptysies, des hémorrhagies cérébrales provoquées par les séances prolongées d'efforts faites par les malheureux malades, qui prennent les positions les plus variées et les plus bizarres.

Ces accidents mécaniques sont suivis de troubles les uns réflexes, les autres d'intoxication stercorale. Les troubles réflexes sont des phénomènes nerveux variables, tels que : les lipathiques, les syncopes, la tristesse, l'abattement, l'hypocondrie, qui amènent le suicide chez les prédisposés.

Les troubles digestifs apparaissent : l'estomac, l'intestin se laissent dilater. Le malade perd l'appétit ; il a du dégoût pour les aliments, la viande surtout ; il évite même de s'alimenter. Il s'amaigrit ; son teint devient terreux, jaunâtre.

Finalement, le rétrécissement est constitué. La constipation devient plus opiniâtre, si possible ; tous les accidents précédents s'accentuent. Au palper abdominal on constate l'existence d'accumulation fécale dans l'S iliaque et même dans le gros intestin.

Les matières passées à la filière au niveau du point rétréci sont effilées, rubanées, aplaties, portant quelquefois l'empreinte d'un sillon. Tantôt au contraire elles ont la forme de boulettes ovoïdes, dures, ovillées, ordinairement petites, en un mot de véritables scybales. Pour Nélaton, ces différences de formes étaient en rapport avec le siège du rétrécissement, les matières rubanées se produisaient dans les rétrécissements voisins de l'anus. On est revenu sur cette opinion, car il n'est pas rare de constater chez le même malade tantôt des matières rubanées, tantôt ovillées, tantôt normales, tantôt purement diarrhéiques, de sorte que la forme des fèces n'a pas l'importance pathognomonique qu'on a voulu lui prêter.

On constate en outre la présence du liquide muco-purulent, que nous avons déjà mentionné, liquide souvent strié ou mélangé de sang en quantité plus ou moins abondante. Cet écoulement, d'odeur infecte, s'échappe avec les garde-robes ou dans leur intervalle, comme s'il existait une incontinence des matières, ou si un abcès se vidait par l'anus.

La gêne apportée au cours des matières entraîne quelquefois tous les signes de l'obstruction intestinale : ballonnement du ventre, éructations fétides, vomissements, etc.

En présence de ces signes, on fait facilement l'hypothèse d'une diminution du calibre de l'intestin et tout particulièrement du gros intestin à sa partie terminale. L'examen direct, local, permet seul d'affirmer cette affection, mais il ne donne pas toujours de résultat, car le rétrécissement peut être trop haut situé. Cet examen se pratique, soit et surtout avec le toucher, soit avec des bougies et des explorateurs.

Le toucher doit être fait avec une extrême prudence et beaucoup de douceur. Le malade est couché sur le côté gauche, la cuisse droite

repliée, la cuisse gauche allongée. Un lavement ou une injection rectale antiseptique préalable est utile. On examine l'anus autour duquel on note fréquemment de la rougeur, des hémorrhoïdes *symptomatiques* formant un bourrelet plus ou moins accusé, des condylomes, des ouvertures de fistules.

Les soins antiseptiques pris, l'index enduit de vaseline boriquée est introduit dans le conduit ano-rectal. Le doigt explore avec soin le pourtour des parois et arrive quelquefois progressivement, lentement, à une profondeur variable à un endroit rétréci, sorte de défilé de forme variable, tantôt en dioptrique, tantôt allongé, et épais, tantôt en anneau complet ou incomplet, ou enfin sur une coudure ou une saillie formée manifestement par une tumeur extérieure à l'intestin et le déprimant de dehors en dedans.

L'index essaye de franchir le rétrécissement et d'apprécier ainsi son calibre, sa résistance à la dilatation.

Chez la femme on s'aidera du toucher vaginal.

Cependant, il est quelquefois impossible au doigt d'atteindre le point rétréci. On a alors recours aux bougies rectales, dangereuses et renseignant très imparfaitement, ainsi que les explorateurs à boule olivaire, qui ne seront employés qu'avec une extrême prudence et qu'en cas de nécessité absolue. C'est ainsi qu'il sera parfois utile de s'aider d'un spéculum ou d'un endoscope. Au demeurant, rien ne vaudra le toucher digital quand il sera possible.

Après un temps variable, de quelques mois à quelques années, le malade entre dans une troisième période, caractérisée par des troubles généraux graves et l'hecticité progressive. Amaigri, le teint couleur de cire rappelant celui du cancéreux, affaibli au point de ne plus quitter son fauteuil ou son lit, le malade joint de l'hypochondrie à un état nerveux où l'intelligence s'affaiblit. La cachexie survient et la mort, soit par la tuberculose pulmonaire, soit par une maladie intercurrente (grippe, pneumonie, etc.), qui trouve un individu affaibli, soit enfin par une des complications multiples qui le menace : l'obstruction intestinale, l'anurie, l'urémie, les troubles d'intoxication par la stercorémie, et aussi les lésions périrectales suppurées, les abcès entraînant des fistules à orifices uniques ou multiples, la pelvi-péritonite limitée, adhésive, et enfin la péritonite aiguë, généralisée, heureusement rare, si ce n'est cependant après des manœuvres intempestives ou maladroites, au cours d'un examen.

Le diagnostic positif d'un rétrécissement dans le calibre du rectum se fera par les signes que nous avons donnés : les symptômes fonctionnels le feront présumer, les symptômes physiques et tout particulièrement le toucher, lèveront tous les doutes.

L'examen de l'anus peut faire déjà, dans quelques cas, prévoir l'existence d'une lésion rectale : on trouve autour de lui de petites excroissances de consistance ferme, lardacée, quelquefois excoriées, en un mot des condylomes. La peau est épaissie, chroniquement enflammée et l'on y voit des traînées papillomateuses.

Grâce au toucher on fera le diagnostic du cancer du rectum, qui forme une tumeur saillante recouverte de bourgeons durs, irréguliers, saignant au moindre contact. Le sujet qui en est porteur est avancé en âge ; s'il est jeune, le cancer a eu une évolution beaucoup plus rapide qu'un rétrécissement.

On pourrait croire simplement soit à une *constipation*, mais sa prolongation attirera un examen plus approfondi, soit à une *diarrhée dysentériforme*.

Une cause d'erreur consistera à prendre les condylomes de l'anus pour des *hémorrhoïdes* ou à croire que la *fistule anale* symptomatique d'un rétrécissement est simple. C'est le toucher qui lèvera les doutes comme pour éliminer l'*hypertrophie de la prostate*, le *fibrome utérin*, un *kyste de l'ovaire*, une *hématocèle pelvienne* ou une *tumeur du bassin*, surtout chez la femme.

Dans le cas de rétrécissement haut situé le diagnostic est plus difficile. Les signes qu'accusent les malades, pesanteur, brûlure stomacale, perte de l'appétit, etc., sont loin d'être précis et c'est médicalement pour une gastro-entérite par exemple qu'ils sont soignés. Peu à peu cependant, des signes apparaissent vers le rectum : douleurs au sacrum, épreintes à l'anus, ténesme, puis amaigrissement et cachexie. Ce n'est que l'exploration instrumentale avec une sonde rectale, qui permet de faire le diagnostic, quoiqu'elle puisse donner lieu à de nombreuses erreurs, telle que l'engagement de la sonde dans un pli de la muqueuse, ou dans des matières fécales durcies.

On sait donc que la lumière rectale est rétrécie. Quelle est la cause de cette diminution de calibre ? L'examen direct a permis d'éliminer les *causes extérieures* au tube rectal entraînant une compression de l'organe ; il permet de même d'écarter l'hypothèse de toutes les causes qui agissent *dans l'intérieur* de la lumière rectale, tel que corps étranger, polype, tumeur.

De sorte que nous ne restons en présence que des causes de rétrécissement siégeant *dans l'épaisseur de la paroi* intestinale en éliminant le cancer. Ces causes sont les rétrécissements proprement dits qui sont au nombre de deux : les rétrécissements fonctionnels ou spasmodiques ou musculaires, et les rétrécissements avec lésions, c'est-à-dire cicatriciels.

Nous ne faisons que mentionner le rétrécissement congénital, valvulaire, qui se rattache aux vices de conformation de l'anus et du rectum et qu'il sera facile d'affirmer par l'âge du sujet, les commémoratifs et un examen direct. Nous n'insisterons pas davantage sur les rétrécissements spasmodiques dont l'existence es contestée par la majorité des cliniciens qui on étudié la question. En tout cas, ce n'est jamais qu'un état de contracture de très courte durée, donc passager et intermittent.

Nous restons donc en présence du rétrécissement vrai qui est ou cicatriciel ou inflammatoire. Toute perte de substance, surtout si elle est étendue et si elle occupe une grande partie de la circonférence de l'intestin, peut être suivie d'un rétrécissement cicatriciel. Mais il y a toujours dans un rétrécissement cicatriciel un élément inflammatoire.

Sous le nom de rétrécissement inflammatoire, on a décrit la variété la plus fréquente, celle qui est connue sous le nom de rétrécissement annulaire, de rétrécissement cylindrique, rétrécissement syphilitique, rectite sténosante. Cette

diminution de calibre existe sans la cicatrice, par l'hypertrophie de tous les éléments normaux de la tunique rectale qui « *forment un seul bloc* » et qui semblent soudés par une gangue interstitielle qui les fusionne.

Le diagnostic de rétrécissement étant posé, il faudra chercher la cause.

Le rétrécissement cicatriciel succède à une perte de substance, le plus souvent à un traumatisme soit accidentel, soit chirurgical, tels que plaies, déchirures par corps étrangers, violences exercées sur le rectum pendant un accouchement, injection rectale de liquide trop chaud ou corrosif (acide phénique, acide nitrique, par exemple), interventions chirurgicales sur le rectum, tels que ablation du rectum par le procédé de Kraske.

Les rétrécissements inflammatoires, plus fréquents chez la femme, succèdent à toutes les rectites dues soit à un chancre mou, soit à l'habitude de purgatifs drastiques, ou aux injections irritantes, à la constipation habituelle ou à la pédérastie ; mais ils reconnaissent comme causes principales, pour quelques-uns la dysenterie, et pour presque tous, la tuberculose rectale et surtout la syphilis. Nous ne rappellerons pas les intéressantes discussions qui ont vu le jour depuis Gosselin, au sujet du rétrécissement syphilitique du rectum. Disons seulement qu'au point de vue pathogénique les uns en font, avec le prof. Fournier, un syphilome ano-rectal qui, en subissant la dégénérescence fibreuse, déterminerait par rétraction, la coarctation intestinale; les autres, avec le prof. Duplay, en font un simple rétrécissement inflammatoire, la syphilis n'agissant que d'une façon indirecte en déterminant primitivement une inflammation du rectum, une rectite. Pour MM. Guérin et Martineau, l'examen histologique des pièces a établi, en effet, que les lésions ne présentaient que « les caractères d'une inflammation chronique » et cela même chez des malades constitutionnellement syphilitiques.

Le rétrécissement cicatriciel ou inflammatoire étant diagnostiqué, sa cause connue, il faut reconnaître *son siège*, c'est-à-dire sa distance de l'anus, *son calibre*, sa *forme* (valvulaire, en anneau, complet ou incomplet, en virole, en cylindre). Est-il unique? Existe-t-il des lésions voisines dans le petit bassin (abcès, fistules, pelvi-péritonite subaiguë ou chronique) ?

Tous ces points de diagnostic sont d'une importance capitale, car ils régissent tout le pronostic et le traitement.

Le pronostic est essentiellement grave, car la mort est la terminaison fatale de tout rétrécissement abandonné à lui-même. Un rétrécissement est d'autant plus grave qu'il est plus serré, plus étendu et surtout plus haut placé.

Le traitement est prophylactique et thérapeutique. La prophylaxie consiste à soigner et à guérir aussi vite que possible toute rectite.

Le traitement proprement dit est médical ou chirurgical. Le traitement médical a donné peu de résultats, mais la médication spécifique contre la rectite d'origine syphilitique, est souvent suffisante.

On soutiendra les forces du malade par un traitement tonique, un régime soigné ; on favorisera les selles par des lavements et des purgations légères, telles que l'huile de ricin à petites doses.

Le traitement chirurgical est dit de douceur ou sanglant. Les moyens de douceur consistent à dilater le rectum avec un dilatateur métallique à deux ou trois branches, ou de préférence avec des bougies spéciales. Le cathétérisme antiseptique doit être doux ; le malade est couché sur le dos, les cuisses relevées : guidé par la main, l'instrument chauffé et bien graissé, n'est pas poussé. Il faut faire tous les deux ou 4 jours des séances courtes, de quelques secondes, lentement progressives, sans laisser la bougie à demeure. On ne cesse que quand toute tendance à la rétraction a disparu. Ce procédé vient de donner à M. Reclus deux beaux succès qu'il a communiqués à la Société de chirurgie (4 août 1896).

On a abandonné comme dangereuse la divulsion et comme insuffisantes l'électrolyse et la cautérisation.

Les procédés sanglants comprennent la *rectotomie interne*, la *rectotomie externe*, la *rectotomie linéaire* et l'*excision*.

La rectotomie interne n'a été conservée qu'à titre d'opération préliminaire à la dilatation. Elle consiste à faire de petits débridements de 2 à 4 mm. de profondeur, soit avec un bistouri boutonné, soit avec un instrument particulier, tel que celui de Tillaux.

La rectotomie externe comprend deux indications bien spécifiées par Verneuil : 1° Inciser verticalement la paroi rectale jusqu'au-dessus du rétrécissement. 2° Débrider tous les trajets fistuleux principaux et accessoires. L'incision est faite sur la ligne médiane postérieure ou un peu latéralement soit avec la chaîne de l'écraseur de Chassaignac, soit de préférence avec le bistouri et le thermocautère.

Mais ces méthodes, sur lesquelles nous ne pouvons insister en détail, ne sont applicables qu'autant que le rétrécissement est accessible. S'il est trop haut placé, si des phénomènes d'obstruction intestinale sont menaçants, on crée un *anus artificiel* soit sur une anse grêle, soit sur le côlon au niveau de la région lombaire. Quand le malade reprend des forces, les accidents aigus ayant été écartés, on pourra plus tard tenter une intervention chirurgicale appropriée.

A. Pascal,
Interne des hôpitaux de Paris.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La loi sur les accidents de travail du 12 juin 1893.

Cette loi impose aux patrons la déclaration immédiate de tout accident survenu à un de leurs ouvriers. La déclaration doit être faite à la Mairie et accompagnée d'un certificat médical sur papier timbré, dressé par le médecin qui a vu le *premier* le blessé. L'enquête est faite ensuite par un Inspecteur spécial.

Cette loi est appliquée depuis peu. Beaucoup de patrons ne la connaissent même pas encore, et dans les villes et centres ouvriers, ils agissent comme par le passé, c'est-à-dire qu'ils avertissent un médecin, soit celui de leur assurance,

soit tout autre, puis en même temps le commissaire de police qui vient faire une enquête ou soi-disant enquête avec un médecin agréé par lui. Mais il faut espérer que bientôt tous les patrons se conformeront à la nouvelle loi. Ils ne sont pourtant point favorables à cette loi, qui les oblige à faire les déclarations de tout accident, même de peu d'importance, et ils préfèrent continuer à faire établir des rapports par la police, se moquant un peu qu'il y ait conflit entre médecins, inspecteur et police. Je crains même que l'ancien état de choses ne subsiste indéfiniment.

La nouvelle loi a cependant du bon. Si elle était appliquée, les accidents dans les usines ne seraient plus l'apanage des commissaires et des sujets de vacation.

Elle est équitable pour les médecins. C'est le *premier appelé*, qu'il soit médecin de l'usine, de l'assurance ou de la police, qui donne les premiers soins et fait le certificat de constatation ; il touche au moins les honoraires pour ce certificat, tandis qu'auparavant le médecin le premier appelé donnait les soins d'urgence, était à la peine, réclamait ses honoraires au patron, pendant que le médecin de la police venait faire la constatation à loisir, soit sur lieux, soit chez le blessé, soit à l'hôpital. Le commissaire de police dressait un état de frais où *son* médecin n'était point oublié naturellement. Cela donnait lieu à des froissements, à des erreurs, à des conflits et quelquefois à des dénis de justice. Et puis le médecin du commissaire se permettait souvent d'enlever les pansements provisoires, ou faisait des certificats *à peu près*.

Le nouveau régime est donc préférable à l'ancien à tous les points de vue, d'autant plus qu'il respecte la liberté du blessé, qui ne se croit pas obligé de se faire soigner par le médecin de la police.

Les certificats en question ont été dans notre région tarifés à 6 fr. Le tarif du certificat doit-il varier selon les lieux ? On comprend que les honoraires pour premiers soins soient variables selon le moment, la distance, l'importance et la durée de ces soins, mais n'y aurait-il pas nécessité d'établir pour les certificats, un tarif unique et général, puisqu'il s'agit de l'application d'une loi générale ? Cette uniformité aurait des avantages, car supposons que le Dr X... demande 6 fr., que le Dr Z... demande 3 fr. dans des circonstances identiques, les patrons qui auraient affaire tantôt à l'un, tantôt à l'autre, ne manqueraient pas de faire observer au Dr X... que le Dr Z... ne demande que 3 fr. De là des discussions, des intérêts lésés, etc., qu'un tarif unique éviterait.

Les syndicats pourraient s'entendre facilement et ce serait déjà un résultat, mais pour que ce résultat soit complet, il faudrait, nous le répétons, uniformiser le tarif. Y aurait-il un moyen de le faire ?

Docteur COURGEY.

Service de santé militaire.

Ecole de médecine du Val-de-Grâce.

Conformément à l'article 4 de la loi du 14 décembre 1888, un concours s'ouvrira le 14 décembre prochain (à 8 heures du matin) à l'Ecole d'application du service de santé militaire, à Paris, pour l'admission des docteurs en médecine et des pharmaciens diplômés de 1re classe, civils, aux emplois de médecins et de pharmaciens stagiaires.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées : 1° Etre nés ou naturalisés français. 2° Avoir eu moins de vingt-six ans au 1er janvier 1896. 3° Avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée : cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire, du grade de médecin-major de 2e classe au moins (1), pendant six ans, dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur promotion au grade d'aide-major de 2e classe.

Les épreuves à subir seront : *pour les docteurs en médecine* : 1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie générale ; 2° Examen de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ; 3° Préparation d'un ou plusieurs médicaments inscrits au Codex, et détermination de substances diverses (minéraux usuels, drogues simples, plantes sèches ou fraîches, médicaments composés).

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées, avec les pièces à l'appui, au Ministère de la Guerre (Direction du service de santé : bureau des hôpitaux) avant le 1er décembre prochain.

Ces pièces sont : 1° *Avant leur entrée à l'école* : 1° Acte de naissance revêtu des formalités prescrites par la loi ; 2° Diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe (cette pièce pourra n'être produite que le jour de l'ouverture des épreuves) ; 3° Certificat d'aptitude au service militaire ; 4° Certificat délivré par le commandant du bureau du recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire ; 5° Indication du domicile, où lui sera adressée, en cas d'admission, sa commission de stagiaire. — 2° *Aussitôt après leur admission à l'école* : L'engagement de service pendant six ans dans le corps de santé militaire, contracté devant le maire de leur résidence dans la forme des engagements militaires. Les stagiaires sont rétribués pendant leur séjour à l'Ecole d'application du service de santé militaire sur le pied de 3.096 francs par an ; ils portent l'uniforme et il leur est accordé une première mise d'équipement. Les stagiaires qui ont satisfait aux examens de sortie sont nommés aides-majors de 2e classe. Ceux qui n'auront pas satisfait seront licenciés et tenus au remboursement de l'indemnité de première mise d'équipement. Le même remboursement sera exigé de ceux qui quitteraient plus tard, volontairement le service de santé militaire avant d'avoir accompli l'engagement de six ans.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat des médecins de la Haute-Vienne

22 *août* 1895

Présents : MM. de Font-Réaulx, *Président* ; Simonin, Thomas, Bourdeau d'Antony, Lemaistre

(1) Les médecins appelés à concourir doivent remplir, en ce qui concerne la vision, les conditions prévues par l'annexe du 1er octobre 1894 à l'instruction du 13 mars 1894 sur l'aptitude physique au service militaire.

(Prosper), Boussenot, Audoynaud, Pradet, Decrossas, Desbrières, Boulland, Bosset.

Le Président prononce l'allocution suivante :

Chers Confrères,

L'idée syndicale fait son chemin dans le corps médical français. 5,000 médecins y ont adhéré. Dans notre département, après avoir débuté, il y a deux ans, avec 34 noms, notre liste s'est élevée à 42 l'an passé, à 50 maintenant. Deux vides se sont faits dans nos rangs. Nous avons eu la douleur de perdre notre cher confrère Perrier, que vous aviez élu syndic de l'arrondissement de Bellac. Le docteur Dérignac nous a quittés, éloigné par la maladie, de l'exercice de la médecine. Espérons que ce distingué confrère nous abandonne momentanément et que, rétabli, il nous reviendra. Je sais être votre interprète en lui envoyant au Mont-Dore l'expression des vœux de vous tous.

Dans bien des départements, l'indifférence et les préventions des premiers temps s'effacent progressivement comme dans la Haute-Vienne. On comprend que nous ne sommes pas des utopistes et que, avec le nombre, les bienfaits grandiront.

Parmi les indifférents, certains ont modifié leurs vues et reconnaissent, selon la formule du Dr Le Baron, le distingué président d'honneur du syndicat de la Seine, « qu'un médecin digne de ce beau nom a « d'autre souci que celui de ses propres intérêts, qu'il « doit, sous peine de contrevenir aux lois sacrées de « la solidarité, consacrer quelque peu de son temps et « de sa fortune au bien commun »

Les deux plus nouveaux adhérents du syndicat de la Seine sont le doyen de la Faculté de Paris, Brouardel, et le vénéré professeur Potain. Je n'hésite pas à penser que ces adhésions en feront éclore d'autres du même genre, retardées jusqu'à ce jour.

C'est l'indifférence qui généralement ajourne la venue des retardataires. Ils savent bien qu'ouvriers tardifs, ils n'en seront pas moins reçus à cœur ouvert.

La devise : *un pour tous, tous pour chacun*, doit rester la nôtre. Serrons donc les rangs et rappelons-nous que l'union fait la force.

Pour arriver à des résultats, le contact des membres du syndicat entre eux est indispensable. Aux réunions, on s'imprègne de l'esprit de l'œuvre. Chacun doit à tous de faire l'impossible pour venir aux assemblées échanger ses vues, participer aux travaux.

Le meilleur moyen pour nous tous de nous pénétrer de l'état d'âme nécessaire aux conceptions nouvelles, c'est de lire et de conserver pour les relire les numéros du *Bulletin de l'Union des syndicats* qui nous arrivent deux fois par mois. En constatant les vues, les projets, les résultats des autres, notre voie se dépouille des obscurités et des obstacles apparents.

Le bureau de la Fédération compte divers confrères qui sont à la hauteur de leur mission. Nous profiterons de leur grande expérience et j'ajoute qu'ils se prêtent avec la plus extrême courtoisie à un échange de vues.

Une des grosses questions auxquelles travaille avec activité le Bureau de l'Union est celle des rapports avec les sociétés de secours mutuels.

Une série de conférences entre une délégation de six médecins et de six représentants autorisés de la Ligue de la Mutualité tend à aplanir les difficultés à la satisfaction des divers intérêts en cause. C'est là un événement considérable dans les fastes de la Mutualité. La campagne entamée au Congrès de Bordeaux en 1892 aboutira, espérons-le, à une entente sous l'action des personnalités qui, de part et d'autre, se sont entremises.

Dans un autre ordre d'idées, il n'est pas douteux qu'après l'application de la nouvelle organisation des services d'assistance publique créés cette année, il y aura à soumettre aux pouvoirs publics les *desiderata* du corps médical. L'an prochain, notre assemblée, avancée comme date, pourra le faire en temps opportun.

La loi sur la pharmacie votée par le Sénat et qui va revenir devant la Chambre a fait l'objet des études et des discussions de la plupart des syndicats médicaux. Il y a un mois M. Le Bon, ministre du Commerce, recevait le Bureau de l'Union représenté par MM. Porson, Poulliot, Le Blond, Ozenne et Blaizot. Nos confrères lui ont exposé les vœux du corps médical sur divers sujets et l'ont prié plus spécialement de s'intéresser à la loi sur la pharmacie et en particulier aux articles 12 et 13.

Le désir du corps médical est qu'ils soient modifiés dans le sens suivant : 1° Fixation d'une distance entre le domicile du *malade* et celui du *pharmacien*, au delà de laquelle le médecin devrait avoir le droit, *quel que soit son domicile*, de porter des médicaments au malade, et *cela surtout dans l'intérêt du malade* ; 2° Etablissement d'une liste de médicaments que le pharmacien *pourrait délivrer sans ordonnance*, et non de ceux qu'il lui serait défendu de délivrer.

Le Ministre a répondu qu'il était d'accord avec notre Association et il a donné l'assurance qu'elle trouverait en lui un défenseur déterminé, soit comme ministre, soit comme député.

Notre Société, chers confrères, est en mesure, quand des faits sérieux d'exercice illégal lui seront signalés, et malheureusement ils ne sont pas rares en Limousin, d'en provoquer la répression. Avec la loi nouvelle sur l'exercice de la médecine, des pénalités efficaces sont appliquées. La lecture du *Bulletin* vous a montré que, tant à Paris qu'en province, nos sociétés fédérées n'hésitent plus à se plaindre, se sentant soutenues, chose nouvelle. Que de malheurs seront évités quand l'exercice illégal le plus éhonté, qui se pratique sur tant de points, sera réprimé. A vous, chers confrères, à nous tous de nous mettre à l'œuvre pour nettoyer les écuries d'Augias souillées de tant de façons au grand bénéfice des intrigants de tout acabit. Vous ne l'ignorez pas, l'Union facilite en toute occasion cette œuvre d'assainissement chaque fois qu'elle trouve opportunes les occasions de le faire quand on lui soumet les faits.

Un tarif médical a été voté par vous, chers confrères, à notre dernière assemblée générale. Certains de nos confrères ont pensé qu'il y avait lieu d'entrer dans des détails beaucoup plus nombreux. Vous allez avoir à en décider.

D'autre part, une réglementation uniforme des rapports du corps médical avec les Compagnies d'assurances paraît désirable à plusieurs d'entre vous, et cette question va faire l'objet de vos délibérations.

En terminant, je crois devoir vous entretenir d'un sujet tout à fait d'actualité et qui me paraît absolument ressortir de nos attributions.

Le Dr Cadet de Gassicourt a demandé à l'Académie de médecine que des laboratoires d'examens bactériologiques, dirigés par des savants spéciaux, soient ouverts dans le plus bref délai et que tous les médecins en soient avisés par la plus large publicité.

Le Dr Laborde émet l'avis qu'il y aurait lieu tout d'abord d'organiser l'enseignement des études bactériologiques dans nos Ecoles de médecine, de façon à ce que tout médecin fût initié tout au moins à la recherche pratique dont il peut avoir besoin pour établir son diagnostic, sans préjudice de l'organisation des laboratoires appropriés à cette recherche dans tous nos centres d'enseignement.

A la demande de la Société de médecine, la ville de Paris a créé ce service qui fonctionne depuis le 1er juillet. Le Laboraroire de bactériologie de la rue Lobeau, dirigé par le Dr Miquel, met gratuitement des nécessaires métalliques pour le diagnostic de la diphtérie à la disposition des médecins, qui reçoivent dans les dix-huit ou vingt-quatre heures les résultats des expériences. Moyennant 0,50 cent. on a droit à un télégramme. D'autres villes, Bordeaux, Lille, Grenoble ont créé avant Paris de pareils laboratoires. Vous souhaiterez, chers confrères, je n'en doute point, que celui de Limoges, dû surtout à la chaude et bienfaisante initiative de notre ami à tous, le professeur Justin Lemaistre, soit bientôt libéralement organisé pour toute la région et que tout le corps médical en soit officieusement avisé. Il y a dans l'état actuel de la science un bienfait considérable à provoquer et je vous soumets la question.

A chaque jour suffit sa peine : soyez assurés, chers confrères, qu'en nous réunissant une ou deux fois

par an pour nous occuper de nos affaires médicales, nous aurons bien mérité de la corporation; les sujet d'étude ne manqueront pas de longtemps.
A la fin de la séance vous aurez, chers confrères, à choisir votre délégué à l'assemblée générale de l'Union à Paris. Elle se tiendra au commencement de décembre. Il est important d'y être représentés.

MM. les Drs Bourdeau d'Antony et Filhoulaud demandent que le syndicat prenne en main les intérêts des membres syndiqués dans la question du recouvrement des honoraires et que ces recouvrements soient opérés par un homme d'affaires désigné, agissant au nom du syndicat.

Après une discussion des plus vives, les deux articles suivants sont acceptés :

Article 1er. — Les recouvrements d'honoraires des membres syndiqués seront faits par un homme d'affaires désigné, et au nom du syndicat.

Art. 2. — Les poursuites à exercer par les membres syndiqués contre les clients de mauvaise foi, le seront au nom du syndicat ; mais aux frais du membre syndiqué poursuivant, après avis favorable du conseil judiciaire du syndicat.

Le président fait toutes ses réserves au sujet de ces articles, qu'il croit contraires à la légalité et dangereux pour le syndicat; de plus il demande à en référer au Bureau de l'Union générale avant de les rendre exécutoires.

Cette dernière proposition, mise aux voix, est acceptée.

M. le Docteur Bosset donne lecture du tarif chirurgical, qui est accepté et approuvé à l'unanimité. Un exemplaire en sera délivré aux membres syndiqués.

M. le Dr de Font-Réaulx, président, demande à ce que le syndicat de la Haute-Vienne émette, pour être présenté à l'assemblée générale des syndicats médicaux de France, un vœu, demandant : « qu'une entente directe entre le Bureau de l'Union générale des syndicats des médecins de France et les grandes compagnies d'assurances accidents soit tentée, pour la création d'un tarif uniforme en France ».

Le vœu est émis à l'unanimité, et M. le Président de Font-Réaulx, nommé délégué du syndicat près l'assemblée générale, est chargé de le transmettre.

Bureau.

Président : Dr de Font Réaulx.
Vice-Présidents : Dr Boulland, Dr Raymond.
Secrétaire-général-Trésorier : Dr Desbrières.
Secrétaire des séances : Dr Bosset.

Membres.

Docteurs Audoynaud, Blanc, Boussenot, Basty (du), Betout, F. Bleynie, L. Bleynie, Bognaud, Bosset, Boudet, Boulland, Bourdeau d'Antony, Bourguignon, Braud, Brissaud, Cheize, Delotte, Decrossas, Desbrières, Devaux, Donnet, Escorne, Fhilhoulaud, Font-Réaulx (de), Frugier, Genty, Jarry, Larmaraud, J. Lemaistre, P. Lemaistre, Lemoyne, Mallebay, Marchadier, Marquet, Mazin, Ménard, Merlin-Lemas, Périgord, Pontis, Pradet, Ranty, Raymond, Simonin, Tarrade, Teyssèdre, Thomas, Thouvenet père, Thouvenet fils, Vallière, Thomas Duris, Laporte, de Saint-Florent.

REPORTAGE MÉDICAL

— *Congrès international d'obstétrique et de gynécologie, du 31 août au 5 septembre 1896.* S'adresser pour la gynécologie au docteur Bétrix, rue du Rhône, 33; pour l'obstétrique, au docteur Cordès, rue Bellot, 12, Genève.

— Notre collaborateur et très ancien membre du Concours, M. le Dr Morice, médecin consultant à Néris, vient de prendre la direction de la *Gazette des Eaux*, un des plus anciens et des plus cotés organes spéciaux des stations balnéaires et climatériques. Nous souhaitons à ce journal qui est à sa 39e année, le succès que lui assurent d'ailleurs les distingués collaborateurs dont M. Morice a su s'entourer.

— *Poursuites pour exercice illégal.* — Une enquête a été faite par le juge d'instruction de Rochechouart sur le cas d'un certain Géry, qui a exercé, pendant plusieurs mois, la médecine à Saint-Laurent-sur-Gorre, sans être pourvu d'aucun diplôme.

Divers témoins ont été entendus, entre autres M. Boutinaud, négociant à Saint-Auvent, dont le père est mort dans d'atroces souffrances, après avoir reçu les soins du faux docteur Géry.

La femme de M. Defaye, soignée pour une maladie sans gravité, est morte également.

MM. les docteurs Hugonneau et Marquet, Jules Queroy, pharmacien, ont été entendus comme témoins par le juge d'instruction.

On croit qu'il sera procédé à l'exhumation de plusieurs des victimes de Géry aux fins d'autopsie.

Cette affaire fait un bruit énorme dans le pays.

Géry, qui a déjà été condamné par le tribunal de Rochechouart, pour exercice illégal de la médecine, comparaîtra devant la cour d'assises peut-être à la session du mois d'août, car l'instruction est poussée très activement.

Tout le monde s'attend pour le jour de l'audience à des révélations intéressantes.

Ajoutons, d'après le *Réveil du Limousin*, que cet intéressant personnage avait été installé à Saint-Laurent, par une coterie politique, qui préparait les élections municipales, en offrant au public, à son de grosse caisse, les services de son charlatan.

Pauvres électeurs !

— *Inscription des élèves sages-femmes.* — Les aspirantes au diplôme de sage-femme de première classe devront, à dater du 1er octobre 1896, produire, entre autres pièces, pour se faire inscrire dans une Faculté, dans une Ecole de médecine ou dans une maternité, soit le brevet de capacité élémentaire de l'enseignement primaire, soit le certificat d'études secondaires, institué par l'article 5 du décret du 14 janvier 1882, relatif à l'enseignement secondaire des jeunes filles.

Quant aux aspirantes au diplôme de sage-femme de deuxième classe, elles devront justifier, avant d'entreprendre leurs études, du certificat obtenu à la suite de l'examen prévu par l'arrêté du 1er août 1879.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4.104. — M. le docteur Coche, de Marseille (Bouches-du-Rhône), membre du Syndicat de Marseille.

N° 4.105. — M. le docteur Persillard, de Saint-Benoit-sur-Loire (Loiret), membre du Syndicat du Loiret, présenté par M. le docteur Gassot.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 34 22 août 1896



LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le procès de l'ovariotomie.

La thèse, que vient de soutenir M. le Dr Canu sur les méfaits de l'ovariotomie en France, peut-être va servir de thème à des réquisitoires sans nombre.

Il s'est trouvé des gens, qui ont pris pour parole d'évangile l'Histoire contemporaine de la médecine et de la chirurgie française, publiée sous ce titre : *Les Morticoles*.

Quelle aubaine pour eux !

Un médecin est venu affirmer, devant un jury de professeurs : 1° que, depuis quinze ans, nos chirurgiens ont *inutilement* châtré cinq cent mille françaises, sans doute dans un besoin de stérilisation outrancière, né des habitudes créées par l'asepsie, et qui a été le principal facteur de la dépopulation pendant cette période ; 2° que parmi les opérées, les unes sont mortes, tandis que *presque toutes les autres* se traînent par le monde, toujours en proie à la douleur physique et, de plus, honteuses, humiliées (jusqu'au déséquilibrement), de leur inutilité sociale ; 3° que, sans l'intervention du bistouri, la plupart de ces malheureuses victimes eussent guéri et reconquis la fécondité.

Vous voyez d'ici quelle arme tombe aux mains des sous-Molière du siècle, sous la forme de ce document, désormais revêtu de l'approbation officielle des examinateurs.

Eh bien, il convient, à notre avis, de peser soigneusement l'accusation portée, de faire la part, dans cette occurrence, d'une exagération peut-être voulue, et de formuler des réserves nécessaires, en ce qui touche les conclusions de cette thèse à effet.

Tout d'abord, il nous paraît contestable que, si les trois millions d'habitants de l'agglomération parisienne ont donné 40.000 castrations en quinze ans, le reste de la population en ait fourni, par analogie de proportion, 500.000. L'engouement signalé pour la capitale n'a pas sérieusement envahi nos campagnes : il serait même exact de dire qu'il s'est limité à un très court rayon autour des grandes villes, ce qui tient à des causes multiples, telles que la timidité du paysan devant le bistouri, et aussi l'esprit de défiance et de temporisation, souvent heureuse, des praticiens de village.

D'autre part, peut-on attacher une signification caractéristique à l'enquête par questionnaire, sur les 169 cas connus de M. le Dr Le Bec? Combien de femmes n'ont pas répondu, parce qu'elles étaient illettrées, ou négligentes, ou indifférentes ! Et parmi celles qui ont répondu par des plaintes et des regrets, ne faut-il point faire la part très large à des neurasthéniques et hypochondriaques qui broyaient du noir avant l'opération aussi bien qu'aujourd'hui ?

Il est aussi à présumer que bon nombre des *stérilisées* l'étaient avant l'intervention chirurgicale, soit par le fait de l'âge, soit par la nature des lésions : en ce qui les concerne, le reproche tombe donc de lui-même.

Mais ce que nous tenons surtout à faire remarquer, c'est que, si, plusieurs fois, des femmes ont été privées, à leur insu, des ovaires tant regrettés (ce qui peut du reste s'excuser plus facilement qu'on ne le croit), il est arrivé, beaucoup plus souvent, que les plaignantes d'aujourd'hui ont voulu, d'accord avec leurs familles, être ovariotomisées dans l'espoir plus ou moins problématique de ne plus souffrir, et malgré la perspective des misères dont elles apprécient mieux maintenant l'importance. Plus d'une a forcé la main encore hésitante, par des menaces ou même des tentatives de suicide, ou par des procédés de ce genre, qui empêchent de considérer comme opération de complaisance, les interventions qu'elles ont appelées avec toute l'insistance que provoque la douleur insupportable et prolongée.

Enfin, pourquoi ne pas ajouter qu'on sait peu de chose sur la façon dont sont mortes les opé-

rées, ce qui oblige à la plus grande circonspection dans l'interprétation des statistiques ?

Ces seules considérations suffisent à nous faire penser que le nombre des ovariotomies, pratiquées *à tort* ou *inutilement*, est bien moindre que ne l'a cru notre confrère.

Il y en a eu cependant, comme il y a eu sans nul doute des curettages, et même des examens gynécologiques, exécutés sans indication parfaitement légitime, ou reconnus ensuite d'effet douteux. Mais si, dans ce groupe, on fait la part des erreurs de diagnostic explicables et en quelque sorte permises, nous finirons par supposer que les castrations, pratiquées par légèreté blâmable, sans excuse, et sans utilité, furent d'assez rares exceptions.

La façon dont M. le Dr Canu envisage les résultats éloignés de l'ovariotomie nous inspire aussi quelqu'étonnement. Nous connaissons, nous voyons journellement des personnes qui l'ont subie, et elles ne répondent vraiment pas au signalement de ses survivantes, ni au physique ni au moral. Serions-nous dupes de l'illusion née d'une série heureuse ? Ou bien est-ce la statistique qui a fait des siennes et assombri les chiffres de la thèse ?

En résumé, si l'impression première qui a suscité ce travail paraît fondée, en ce sens qu'il y a eu des abus gynécologiques, comme il y en a eu en sérothérapie et ailleurs, nous croyons que le tableau en a été trop accentué, et nous n'oserions pas suivre M. Canu jusqu'à des affirmations commes celles-ci :

« Nous constatons que la castration ne va pas sans troubles consécutifs. Le bénéfice que l'opérée retire de sa mutilation est négatif dans beaucoup de cas, et si nous tenons compte des conséquences morales et sociales, nous voyons que l'opportunité de cette opération doit être extrêmement rare. On nous opposera qu'il vaut mieux pour ces femmes souffrir que mourir. Nous répondrons que, *dans la grande majorité des cas, ces femmes non mutilées auraient guéri, seraient restées fécondes.*

« La castration fait que l'opérée subit un long martyre, jusqu'à ce qu'elle soit enlevée par une maladie, qui aura germé sur un terrain constamment affaibli par des congestions successives, dues à une ménopause prématurée non naturelle. »

Ce langage, tenu à un interwiever, appelle en effet de trop graves déductions. Il faut être bien sûr de soi pour encourir la responsabilité de cette conséquence, et professer, pour les statistiques recueillies après coup, un respect dont nous ne nous sentons pas capable.

Jusqu'au jour où notre confrère nous aura, prouvé, par d'autres statistiques, que la majorité des cinq cent mille opérées devait guérir et rester féconde, nous nous tiendrons sur la réserve devant ses conclusions, et nous refuserons de taxer d'erreur aussi grossière les médecins qui ont prescrit et pratiqué ces désastreuses opérations.

Appelés à juger les choses d'un coup d'œil rétrospectif, nous ne croyons pas pouvoir nous passer de cette donnée capitale. C'est la contre-expérience indispensable.

A moins toutefois, qu'on ait seulement voulu parler pour la galerie des détraquées, qui appellent, sans raison, le bistouri libérateur, ce qui, en tout cas, pouvait et devait se faire autrement qu'aux dépens du corps chirurgical français.

H. J.

FEUILLETON

Sujets de romans à sensation.

Donner une idée poignante de la détresse insoupçonnée des grands chirurgiens et consultants, qui, par suite de l'amoindrissement des fortunes, du marasme général, du socialisme destructeur des politiciens, et de beaucoup d'autres causes, ne gagnent plus que de cent à trois cent mille francs, par an. Qu'est-ce qu'on peut faire avec pareille bagatelle, lorsqu'on est habitué au luxe, à mener grand train, à s'entourer d'un décor princier. Les grands seigneurs de la profession, tout comme les races affinées et épicuriennes de l'aristocratie, ne sauraient se passer de confortable et de mise en scène. Ils ont beau être montés sur le faîte, ils n'aspirent nullement à en descendre ; l'auréole qui les entoure ne saurait subir d'éclipse. Le règne biblique de la simplicité est passé ; nous ne sommes plus, morbleu, aux temps héroïques où les Nélaton, les Grisolle, les Gosselin et tant d'autres qui ont eu leur heure de célébrité, se contentaient de vivre dans l'acajou et les tentures en cotonnade.

Donc, étant données la bataille sans merci des appétits humains, la menace de l'impôt sur le revenu, si le patriciat est menacé de ruine, si la bise continue à souffler, sans épargner les sommets, il est à craindre que les virtuoses du bistouri ne soient réduits à vivre d'expédients, à être corrodés par de délétères préoccupations d'argent. Leurs recettes ont baissé, leur somptueux budget s'équilibre plus difficilement.

On conçoit très bien que, pour ne pas voir leurs dîmes s'amoindrir encore, ces privilégiés voraces qui ne demanderaient pas mieux que d'être des modèles de renoncement et de charité, en soient arrivés à rester à peu près sourds aux doléances de la démocratie médicale.

C'est ce que j'ai eu bien de la peine à faire comprendre à un naïf confrère, un rêveur assoifé d'altruisme, de concepts philanthropiques, qui s'étant adressé avec une confiante spontanéité à tous les gros bonnets, pour en obtenir une souscription insignifiante, sorte d'aumône libératrice en faveur des veuves et des orphelins des médecins, décédés sans fortune, a été douloureusement surpris de n'en pas recevoir un centime. C'était vraiment comique de le voir s'indigner contre l'égoïsme et la dureté de ceux qu'il se figurait pleins de pitié, l'âme élargie par leurs succès ou le souvenir de leur origine prolétaire. Ne voulait-il pas réclamer un quatre-vingt-treize sans merci contre tous les hauts mandarins, qui sont censés rester indifférents, du haut de leur impassibilité aux grasses prébendes, à la misère des gueux, des foudroyés de la profession ?

Nous sommes bien bêtes, disait-il véhémentement, de les faire appeler en consultation. Au lieu de s'en rapporter constamment aux premiers rôles, aux chefs d'emploi, qui monopolisent l'attention, il serait bien plus sage de se contenter des doublures. D'abord, ces élus de troisième ou de quatrième rang ne nous regarderaient pas d'un air dédaigneusement protecteur et ensuite ils se contenteraient d'émoluments raisonnables. Ce sont les petits médecins, en fin de compte, qui paient les exigences des gros.

La facilité avec laquelle les premiers proposent

LA SEMAINE MÉDICALE

Le chlorate de soude contre le cancer utérin.

Nos lecteurs se souviennent que M. le Dr *Brissaud* a préconisé le chlorate de soude contre le cancer gastrique. M. le Dr *Boucher*, de Rouen, préconise le même médicament contre le cancer de l'utérus.

Il l'administre à l'intérieur et simultanément en pansement, sur le col de l'utérus.

Pour l'usage interne on formule la potion suivante :

Chlorate de soude..........	20 grammes
Sirop de fleur d'oranger.....	30 —
Eau distillée.................	100 —

Mêlez. — Prendre de deux à huit cuillerées à bouche par jour de cette potion.

Comme l'estomac de certains malades ne s'accoutume que lentement à cette médication, il est bon de ne faire prendre, d'abord, que deux cuillerées par jour de la potion et d'élever ensuite la dose de façon à atteindre rapidement 8 grammes de chlorate de soude dans les vingt-quatre heures.

Pour les applications locales, on peut avoir recours à la poudre composée suivante :

Chlorate de soude..........	ââ 10 grammes.
Sous-nitrate de bismuth...	
Iodoforme.................	5 —

Mêlez. — Usage externe.

Une petite quantité de ce mélange pulvérulent est appliquée sur un tampon qu'on met en contact avec le col.

On peut aussi employer pour les tampons des bandelettes de tarlatane stérilisée, larges de 15 centimètres et longues de 5 mètres, imbibées d'un mélange de 1 partie d'iodoforme pour 20 parties de chlorate de soude et 20 parties de glycérine. On les exprime bien, puis on les coupe en morceaux de 10 centimètres de longueur, qu'on attache, par le milieu, à un fil de soie destiné à retirer le tampon. Chacun de ces bourdonnets contient environ 1 gramme de chlorate de soude.

Si la malade ne supporte pas l'iodoforme — ce qui ne tarde pas à se manifester, après quelques pansements, par l'apparition de symptômes indiquant une intoxication légère, caractérisée par une langue sale, un mauvais goût dans la bouche et la réaction de l'iodoforme, obtenue dans la salive, au moyen du calomel —, on remplace la gaze iodoformée par des tampons de coton salolé, trempés au moment du pansement dans une solution aqueuse de chlorate de soude à 20 %.

Enfin, on fait faire, chaque jour, une injection vaginale avec 1 litre d'eau bouillie contenant en dissolution 10 grammes de chlorate de soude.

Sous l'influence de ce traitement, on voit les métrorrhagies et l'écoulement fétide diminuer, pour disparaître plus ou moins complètement; les douleurs cessent aussi, de sorte qu'on arrive à pouvoir se passer des injections de morphine, qui, auparavant, étaient absolument nécessaires ; le boursouflement du col diminue, ses plaies se cicatrisent, l'appétit et la digestion se rétablissent et l'état général s'améliore en conséquence. Cependant il ne s'agit là que d'une action thérapeutique purement palliative, car il suffit d'interrompre les pansements, pour voir s'aggraver aussitôt l'affection locale et l'état général de la malade. Même avec un traitement énergique et suivi, on n'arrive pas à empêcher l'évolution fatale du cancer dans les

---

ou acceptent des consultations, qui ne servent presque jamais à rien et sont faites généralement, il faut en convenir, d'une façon bien superficielle, nuit considérablement à leur prestige. Puisqu'ils redoutent les responsabilités et tiennent tant à être couverts, le peu de confiance qu'on avait en eux achève de s'évanouir.

D'autre part, lorsque les familles se sont imposées un lourd sacrifice, se sont saignées à blanc, pour être rassurées par le verbe solennel et la cravate blanche d'un spécialiste, dont le savoir est officiellement estampillé, elles appellent plus rarement leur conseiller habituel et ne le paient qu'à la dernière extrémité.

On n'a pas assez signalé cette influence fâcheuse sur le malaise général dont nous souffrons et il serait peut-être bon d'y insister, comme il serait juste de dire que si les magistrats condamnent généralement les petits médecins, lorsqu'ils sont en contestation avec leurs clients, c'est qu'ils ne songent qu'aux honoraires ultra-copieux des grands bénéficiaires.

C'est pour la même raison, que nos législateurs, absorbés du reste par des soucis électoraux, prêtent une oreille si distraite aux revendications du corps médical.

Parce qu'il y a quelques centaines de médecins qui sont riches et vraiment favorisés, qu'on en parle toujours avec admiration et envie, ils se figurent volontiers que les autres, ceux dont on ne parle pas, ont la même chance et par conséquent ne méritent aucune sollicitude.

Tout cela était débité amèrement, *ab irato*, avec des tics nerveux ; mon interlocuteur n'avait pas tout son sang-froid en hululant avec irrévérence : Haro sur le baudet, sur le népotisme, le cumul, la fatuité, les hommes d'argent et de proie. J'ai dû le raisonner d'importance pour le calmer. Sous la douche de mes arguments, il a fini par comprendre qu'il était tout naturel que les burgraves, dont il se plaignait ne se fussent pas seulement fendus de cent sous.

Raisonnablement, ils ne le peuvent ; ce serait bien plutôt aux résignés de la profession, aux manants du Paris sombre et des campagnes, qui après tout sont le nombre, à se cotiser pour prêter assistance et réconfort à ces ploutocrates, anémiés, comme tous les gros rentiers, par la baisse du taux de l'intérêt, épuisés par les exigences du fisc, la ladrerie du client et même par des spéculations malencontreuses :

Ils n'ont, en s'abordant, qu'un salut à s'offrir.
Le salut monacal : Frères ! il faut mourir !

C'est pour éveiller la commisération dans les cœurs, que, sans y mettre de malice, je demande instamment à une plume autorisée de nous faire un tableau dramatique de leur infortune, d'inspirer enfin à notre fraternité apitoyée le souci des souffrances d'en haut.

A défaut d'un lamento tragique et de grande envergure, nous nous contenterons d'une complainte élégiaque, en mineur, d'une complainte à la mode ancienne, propre à faire haleter les âmes, capable d'attendrir les glandes lacrymales et les bourses les plus récalcitrantes.

L'orateur convaincu qui prêchera la croisade et parviendra à nous enflammer de son zèle aura bien mérité de l'éloquence et de l'humanité !

parties profondes, inaccessibles au chlorate de soude.

Quoi qu'il en soit, l'action palliative du chlorate de soude, vis-à-vis du cancer utérin, constitue une ressource thérapeutique précieuse, car elle soulage considérablement les malades et prolonge leurs jours.

La rétroversion de l'utérus gravide.

M. le Dr *Hardouin*, d'Angers, s'est occupé dans son intéressante thèse de doctorat, des conséquences et du traitement de la rétroversion de l'utérus gravide. Il fait tout d'abord remarquer que, les femmes enceintes, forcées de se livrer à des travaux fatigants, sont, plus que les autres, exposées aux déplacements utérins des premiers mois. On ne saurait trop pour cette raison, ajoutée à beaucoup d'autres, encourager le développement des institutions qui ont pour but d'assurer le repos de la femme pendant sa grossesse.

Toute déviation utérine constatée au début de la grossesse, même si elle ne cause aucun accident, exige le repos de la femme.

Le médecin ne devra jamais négliger, pour éviter toute cause d'erreur grossière, en gynécologie et en obstétrique, de s'assurer que la vessie est vide.

Si la malade soumise à son examen présente un écoulement involontaire d'urine, il doit tout d'abord la sonder. La gravité de l'affection dépend de la rapidité avec laquelle le diagnostic en est porté ; promptement reconnue et convenablement traitée, elle est presque toujours sans gravité pour la mère, et l'enfant bénéficie dans une large proportion d'un traitement bien conduit : méconnue, elle a souvent causé la mort des deux.

On n'oubliera pas qu'une première déviation, dans le cours d'une grossesse, expose au même accident pendant les grossesses suivantes.

Le traitement de choix de la rétroversion de l'utérus gravide, est le repos absolu et le cathétérisme fréquent, lorsque la rétention d'urine entretient et aggrave la déviation.

Si, au bout de quelques jours, la matrice n'est pas revenue en place, on pourra tenter les manœuvres suivantes :

Le procédé le plus simple, puisqu'il ne nécessite pas d'instrument, consiste à donner à la malade une position qui permette l'émission des urines. Quelques malades se font à elles-mêmes ce traitement que le hasard leur a appris.

D'autres s'introduisent un doigt dans le vagin, refoulent le col, dégagent le canal de l'urèthre et peuvent de la sorte uriner.

L'utérus est presque toujours trop enclavé, pour qu'un simple changement de position suffise à dégager le canal de l'urèthre. Souvent même, la pression la plus énergique exercée sur le col utérin arrivera à peine à augmenter la quantité de liquide émise par regorgement.

Le chirurgien, persuadé de l'innocuité absolue d'un cathétérisme pratiqué aseptiquement, négligera ces procédés et introduira tout d'abord une sonde dans la vessie.

Le cathétérisme s'effectue quelquefois sans difficulté, mais il est loin d'en être toujours ainsi.

Pour vider le rectum, on donnera tout d'abord des lavements émollients. Mais il arrive qu'ils ne sont point gardés et sont rapidement rendus.

La position de la malade, sur les genoux, pourra parfois lui permettre de recevo ir et de conserver le lavement « *neque clisterem admittit, nisi genibus patiens* ».

II

Faire revivre les affres et les tortures morales d'un médecin, marié à une femme devenue manifestement tuberculeuse, lequel par pitié, par devoir, n'ose pas se soustraire aux caresses de sa compagne. Il a peur de ses baisers, de la fougue de ses provocations, d'autant plus pressantes que sa froideur excite sa jalousie. Elle craint une rivale, alors que la mort seule les sépare et refroidit l'ardeur de son compagnon, autrefois plus..... communicatif.

L'Instinct de la conservation remplace avantageusement les infusions vantées outre mesure de nénuphar ; les mâles les plus solides deviennent débiles, lorsque le chant de l'alouette peut coïncider avec le glas des trépassés.

Roméo lui-même n'oserait plus soupirer aujourd'hui sous le balcon de Juliette, si la peur du fameux bacille de Koch avait d'abord hanté son cerveau. Une nuit d'ivresse et la tombe ensuite, l'enjeu est terrible, et on comprend que les plus imprudents renoncent à conjuguer le verbe aimer.

III

Décrire l'état d'âme d'un médecin timide, physiquement et moralement incapable d'énergie, se refusant à lutter, à batailler avec ruse ou audace et qui, toute sa vie, a été rabroué par son entourage.

Etant tout gamin, on le considérait comme moins bien doué que ses frères et sœurs ; c'était un grand bêta, que l'on rendait responsable de toutes les bêtises commises et qui payait toujours pour les autres.

Au collège, ce fut le bouc émissaire des maîtres et la victime résignée des élèves, à l'inconsciente cruauté. Les anciens condisciples continuèrent à le tourner en ridicule, dans les tables d'hôte et les brasseries du quartier latin. On trouvait qu'il n'ouvrait la bouche que pour dire des sottises. Il était malade à chacun de ses examens ; il répondait avec des hésitations enfantines, même lorsqu'il connaissait les réponses à faire aux questions qui lui étaient posées. Avec ce manque d'assurance et cette crainte de s'affirmer, on conçoit ses perplexités, lorsqu'au début de sa carrière, il eut à porter un diagnostic, à formuler un traitement, à se prononcer nettement sur un cas pathologique pressant. Marié à une femme active et autoritaire, il dut plier sous le joug et devenir fatalement le satellite de sa moitié, dont les recommandations étaient des ordres pour lui. Il se faisait tout petit, se dissimulait, pour éviter les altercations conjugales et les réprimandes. L'âge qui émousse tout, même la volonté, le rendit encore plus timoré. Il se sentait amoindri tous les jours davantage et vit arriver presque avec satisfaction l'heure du repos éternel qui nous délivre de toute responsabilité et de toute initiative.

Tout ce qui fut lui s'est fondu, neutralisé, est revenu au grand tout ; la pluie et le temps ont effacé jusqu'au nom modeste, gravé sur sa pierre tombale !

Dr Grellety (de Vichy).

Si la canule ordinaire est insuffisante, on introduira, en la poussant lentement, pour faciliter son passage, une longue canule en gomme élastique.

Peut-être, pourrait-on aussi, avec avantage, donner un siphon d'eau de seltz en lavement.

Il faudra, si ces procédés échouent, avoir recours aux laxatifs ; on donnera la préférence à l'huile de ricin ; mais il ne faudra accorder qu'une confiance modérée aux purgatifs, impuissants à lever un obstacle d'ordre mécanique.

Mieux vaudrait vider le rectum avec le doigt, une petite cuillère ou tout autre instrument.

Lorsque pendant quelques jours, on a pratiqué, à plusieurs reprises, chaque jour, le cathétérisme vésical et l'évacuation rectale, on s'aperçoit que, comme par enchantement, l'utérus dévié a repris sa place et cesse de comprimer les organes voisins.

La malade a ainsi évité le chloroforme ou la douleur d'une intervention.

Toutefois, on est souvent obligé d'intervenir directement sur l'utérus, pour réduire la déviation. On peut faire cette réduction avec la main ou à l'aide d'instruments, par le vagin ou par le rectum.

Nous préférons, si elle est possible, la réduction par le vagin, faite avec la main, sous le chloroforme. La cystite est une indication d'intervenir rapidement, mais avec beaucoup de prudence.

Les procédés employés pour réduire l'utérus par la voie vaginale, sont presque aussi nombreux que les auteurs qui se sont servis de cette voie.

Il suffit quelquefois d'abaisser avec un ou deux doigts le col utérin, pour remettre l'organe en place.

Désormeaux appuyait une main sur le pubis et de l'autre repoussait le fond de l'utérus en avant. Négrier et Cockell réduisaient l'utérus le poing fermé.

On peut également, avec quatre doigts introduits dans le vagin, reporter la matrice en avant, pendant que le pouce prend un point d'appui sur la symphyse.

Pour réduire la matrice par le rectum, on se sert d'un ou de plusieurs doigts, voire même de toute la main. Il faut dans ces cas donner le chloroforme, pour éviter les souffrances et permettre, sans danger de déchirure, la dilatation du sphincter.

Nous ne croyons pas que l'on soit jamais autorisé, comme le conseillait Parent, à couper le sphincter anal. Il ne faudrait s'y résoudre qu'en dernier ressort et après avoir essayé de tous les procédés de réduction.

Lorsque l'enclavement n'est pas assez considérable pour nécessiter un déploiement de force musculaire, on peut se servir simultanément de la voie rectale et de la voie vaginale pour obtenir la réduction. La malade étant sous le chloroforme en position obstétricale, deux doigts de la main gauche abaissent le col par le vagin, deux doigts de la main droite relèvent le fond de l'utérus.

C'est un procédé qui a donné de bons résultats, mais est assez peu employé, parce qu'il n'est pas très commode à appliquer.

Le mieux est de n'adopter aucun de ces procédés, de parti pris, mais de les bien connaître tous. Il faudra savoir choisir, entre chacun d'eux, le plus approprié aux circonstances. Quel que soit le procédé employé, il faut réduire lentement, tout en déployant une force assez considérable. On devra repousser le corps de l'utérus dans le sens de l'un des diamètres obliques du bassin pour éviter le promontoire et réduire ainsi plus facilement.

Que l'on intervienne ou non, on devra prévenir l'entourage de la malade de la possibilité d'un avortement, pour n'être pas accusé, dans la suite, de l'avoir provoqué ou laissé se produire.

Absorption des médicaments par la voie rectale.

D'après M. *Candidoff*, de Saint-Pétersbourg, rien n'est plus variable que la durée de l'élimination, par la muqueuse gastrique et par les reins, de certaines substances administrées en lavements. Dans ses expériences, les produits étaient donnés en solution sous un volume de 100 c. c. et à 35°.

L'iodure de potassium à la dose de 0 gr. 25 put être retrouvé dans l'estomac comme dans l'urine au bout d'un quart d'heure. Il s'élimine jusque 36 heures après qu'on l'a injecté.

Le chlorhydrate de quinine, en solution à 1 p. 100, passe dans l'estomac après 2 heures. L'élimination est complète au bout de 11 heures. Dans l'urine on peut le déceler une demi-heure après, mais il disparaît après 48 heures.

Le salicylate de soude en solution à 10 p. 100 apparaît dans l'urine au bout de 1 heure et demie et dans l'estomac 2 heures après. L'élimination urinaire est totale après 48 heures.

L'acide tannique n'a fourni que des résultats négatifs.

Les essais avec la liqueur de Fowler, à la dose de 3 à 5 gouttes par lavement, ont permis de constater de l'arsenic dans l'urine 3 heures après. La recherche dans l'estomac n'a pas été faite. Pour l'urine, on a trouvé de l'arsenic 3 heures après, et au bout de 24 heures on pouvait encore en caractériser des traces.

L'antipyrine à 1 p. 100 passe dans l'urine après un quart d'heure ; mais dans l'estomac, on n'a pu en trouver que des traces minimes. De toute façon, elle avait disparu de part et d'autre 30 à 36 heures après le lavement.

Une femme albuminurique peut-elle allaiter son enfant ?

La plupart des médecins sont d'avis qu'une femme albuminurique, soumise au régime lacté, ne doit pas allaiter le nouveau-né. Ils estiment que le lait ne constitue pas une alimentation suffisante pour pourvoir à l'existence de deux êtres à la fois et que dans ce cas la lactation ne fait qu'aggraver l'albuminurie et entraîner le dépérissement du nourrisson.

Or, telle n'est pas l'opinion de M. le docteur Pinard, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris, qui depuis longtemps engage les femmes albuminuriques, dont le lait constitue l'alimentation exclusive, à nourrir elles-mêmes leurs enfants.

Une thèse récente de M. le Dr *Gamulin* contient un total de 158 observations de la clinique Bau-

delocque, qui démontrent, d'une part, que les enfants des femmes albuminuriques, nourris par leur mère, se développent et augmentent de poids dans les mêmes proportions que les autres nourrissons, et que, d'autre part, les albuminuriques qui allaitent leurs nouveau-nés, alors même qu'elles sont soumises au régime lacté absolu, n'en éprouvent aucun inconvénient ni du côté de leur affection rénale, ni en ce qui regarde leur état général.

Donc, une femme albuminurique peut et doit allaiter son enfant, excepté dans les cas — extrêmement rares, d'après M. Gamulin — où l'albuminurie augmente ou reste stationnaire pendant plusieurs semaines malgré le régime, ou bien lorsqu'on voit dépérir le nourrisson.

DERMATOLOGIE PRATIQUE

Les trichophyties humaines.

Dans une récente thèse, M. Sabouraud s'est proposé de reviser nos connaissances actuelles sur la teigne trichophytique et de les soumettre à une analyse permettant de les asseoir sur des bases certaines (1). Un premier problème se posait : celui de l'unicité ou de la pluralité trichophytique. Même au seul point de vue thérapeutique, il est facile de comprendre de quelle utilité est la solution de ce problème ; si plusieurs entités morbides différentes se cachaient sous le même nom, il n'y aurait plus lieu de chercher le traitement de la teigne en général, mais bien le traitement qui convient à chaque variété de teigne.

Or, d'après les résultats des recherches de l'auteur, qui ont été faites à l'hôpital Saint-Louis, sous la haute et féconde impulsion de M. le docteur E. Besnier, la teigne ne saurait plus être regardée comme une affection unique, des agents parasitaires différents déterminant le syndrome trichophytie, dans ses diverses modalités cliniques.

Mais, pour en établir une classification précise, l'examen clinique et l'examen microscopique sont insuffisants, il faut y joindre les cultures.

Par cette méthode, dit l'auteur, et seulement par elle, il pouvait espérer résoudre utilement le problème ; séparer les différents trichophytons par l'examen clinique, appuyé sur l'examen microscopique, contrôlé lui-même et vérifié par les cultures.

Il est bien entendu que l'étude des caractères cliniques des teignes ne peut se faire utilement que sur des lésions *n'ayant encore subi aucun traitement.*

En s'appuyant sur l'analyse expérimentale, Sabouraud est arrivé à la conclusion suivante :

L'ancienne trichophytie humaine n'est pas univoque, elle doit être dédoublée en deux entités morbides totalement distinctes, causées l'une par le microsporon Audouïni, l'autre par le trichophyton (mégalosporon).

Mais la trichophytie vraie (trichophytonmégalosporon) est un syndrome que peuvent causer plusieurs espèces parasitaires, espèces ou variétés, qui ont chacune, sur des milieux de cultures appropriés, des caractères spéciaux et différentiels.

(1) Thèse de Paris (1895).

I. — TRICHOPHYTIE VRAIE OU TEIGNE A GROSSES SPORES.

Cette teigne comprend deux formes distinctes dues, l'une, aux *trichophytons megalosporons endothrix*, l'autre aux *trichophytons megalosporons ectothrix.*

1° TEIGNE OCCASIONNÉE PAR LE TRICOPHYTON MEGALOSPORON ENDOTHRIX.

Les caractères généraux de cette teigne sont les suivants : on l'observe au cuir chevelu dans l'enfance et quelquefois dans l'adolescence, mais plus rarement ; au cuir chevelu les lésions épidermiques qu'elle détermine sont très fugaces, au point de passer souvent inaperçues, et une fois les cheveux envahis, le cuir chevelu des plaques malades devient net. Dans la plupart des cas elle s'acccompagne, au voisinage de ces lésions, d'inoculations sur la peau glabre : trichophytie accessoire des teigneux décrite par M. E. Besnier.

Cette teigne présente deux variétés : l'une due au trichophyton à mycélium fragile, à cultures acuminées.— Trichophytide peladoïde bénigne.

a) TRICHOPHYTON A GROSSES SPORES, A MYCÉLIUM FRAGILE, A CULTURES ACUMINÉES.

Examen clinique. — Le cercle trichophytique qui précède l'envahissement parasitaire du cheveu est peu marqué et fugace. C'est le premier stade de la maladie qui passe souvent inaperçu ; le symptôme qu'on aperçoit tout d'abord est la déglabration de la plaque malade.

Les cheveux sont cassés au ras de la peau et laissent une plaque plus ou moins irrégulière, dont la peau saine et lisse paraît criblée de points noirs ; aucun cheveu cassé ne fait saillie au-dessus de la peau ; ils sc sont tous rompus au niveau de l'orifice pilaire. Les plaques sont plus ou moins nombreuses, de forme et de dimension très variables. Les inoculations à la peau glabre voisine sont très fréquentes.

Cette teigne, que l'adulte et l'enfant peuvent contracter, à la peau glabre, seulement sous forme de trichophytie circinée, s'observe comme tondante, ordinairement chez l'enfant, mais quelquefois aussi chez l'adulte.

Examen microscopique des cheveux. — Le parasite est tout entier contenu dans l'épaisseur du cheveu ; il est constitué par des spores grosses, un peu inégales, presque rondes ; elles n'ont par conséquent, dans les files régulières qu'elles forment, qu'un point de tangence très limité. Par suite leurs files sont moniliformes, ont l'aspect d'un chapelet. L'adhérence des spores entre elles est nulle, si dans la préparation le cheveu est comprimé, les filaments mycéliens cessent d'être reconnaissables, et par suite de cette fragilité du mycélium, de nombreuses spores échappées du cheveu brisé, flottent dans la préparation.

Cultures. — Sur gélose au moût de bière, la culture se présente comme un monticule saillant, gris-foncé, avec incisures radiées au nombre de 5 à 10.

Sur gélose-peptone maltosée, la culture est très rapide, acuminée, de couleur blanc-crème.

(b) TRICHOPHYTON A GROSSES SPORES, A MYCÉLIUM RÉSISTANT, A CULTURES CRATÉRIFORMES.

Examen clinique. — Elle peut s'accompagner, comme la précédente, de trichophytie circinée de la peau glabre. Dans cette tondante les cheveux malades sont espacés. Au niveau des plaques, l'épiderme est lisse, propre et net. Les plaques sont irrégulières. Les cheveux malades sont gros, et de couleur foncée, non engainés ; ils ne sont pas droits, mais courbes ; à la pince ils se cassent très peu au-dessous de l'orifice pilaire.

Examen microscopique. — Le parasite est contenu tout entier dans l'épaisseur des cheveux, sans dépasser sa cuticule. Ce parasite est constitué par des filaments composés de spores placées bout à bout, presque carrées et à double contour. Ces filaments ont la forme de rubans de 4 à 5 μ de largeur. Quand le cheveu se brise transversalement, on ne voit jamais, comme dans la variété précédente, des spores disséminées dans le champ de la préparation.

Cultures. — Sur gélose au moût de bière, la culture adulte présente la forme d'un soleil de poudre jaune ; à son centre il y a une élévation régulière hémisphérique, recouverte en totalité de poudre jaune.

Sur gélose-peptone maltosée. — La culture forme une capsule à fond plat et dont les bords, hauts de quelques millimètres, sont verticaux en dedans. Ce godet ou cratère est entouré d'une aréole poudreuse avec de fins rayons divergents à son pourtour.

2° TEIGNE DUE AUX TRICHOPHYTON MÉGALOSPORON ECTOTHRIX.

Cette variété de teigne est occasionnée par des parasites qui vivent chez les animaux et n'atteignent l'homme que par accident. Le plus fréquent de ces parasites est le trichophyton ectothrixpyogène du cheval, à cultures blanches. Il peut chez l'homme attaquer le cuir chevelu, la barbe et la peau glabre et constituer en chacun de ces sièges, une périfolliculite agminée et circinée ; le *kerion celsi* au cuir chevelu ; la trichophytie pilaire de la barbe ou *sycosis* trichophytique, la périfolliculite agminée des régions glabres.

Il existe un nombre considérable d'espèces de trichophytons chez les animaux. L'auteur en a constaté jusqu'à 19 espèces. A côté du trichophyton d'origine équine il y a, dans le même groupe, d'autres espèces de trichophytons à cultures blanches, par exemple celle du chat (qu'on observe presque exclusivement chez la femme et chez l'enfant), celle du veau, du porc, etc.

Tout ce groupe des trichophytons ectothrix à cultures blanches est pyogène et détermine par conséquent les trichophyties suppurées. Mais ce pus n'est pas bactérien, il ne contient ni staphylocoques, ni streptocoques, et les cultures donnent seulement du trichophyton.

La plus fréquente de ces teignes est celle déterminée par le trichophyton à cultures blanches du cheval, 11 fois sur 18 cas.

Le poil atteint de trichophyton ectothrix apparaît, à la loupe, entouré d'une mince enveloppe, blanc crayeux ou grisâtre, constituée par le parasite lui-même.

La croissance du parasite se fait entre la couche épidermique du follicule et le poil ; il est donc péripilaire. Ni le poil lui-même, ni les couches épidermiques folliculaires ne sont envahis. Dans la plupart des cas, les filaments parasitaires s'arrêtent au niveau de l'orifice folliculaire, la partie radiculaire du poil est revêtue d'une gaine épaisse de filaments mycéliens sporulés ; dans d'autres cas les filaments le dépassent et entourent le poil comme une véritable écorce.

Les spores sont agminées en chaînes régulières, caractère invariable des trichophytons (à grosses spores).

Comme observation mycologique, on constate que si la trichophytie cutanée peut être occasionnée par un nombre considérable d'espèces parasitaires distinctes, dont les caractères de culture sont différents, cependant *toutes* ces espèces appartiennent à la même famille et au même groupe botanique.

Toutes les cultures présentent en effet des différences qui permettent de séparer nettement les nombreuses espèces, par exemple, celles du cheval, du chat, du veau, etc... On ne saurait donc mettre en doute la pluralité des teignes. La clinique montre le polymorphisme des lésions sur différents individus, mais leur identité sur le même sujet.

Un chapitre est consacré à la distribution géographique régionale des trichophytons.

L'auteur a démontré dans les pages précédentes l'existence simultanée de plusieurs trichophytons en une même région :

Teigne imbriquée, de Mannos ; herpès desquamans, de Turner ; tokelau, de Tilbury, Fox et Bonnafy.

Cette teigne est une trichophytie circinée *sèche*, à évolution chronique, à extension continue. Sa lésion primitive est composée de cercles concentriques inscrits les uns dans les autres, au nombre de trois, quatre ou cinq, et marqués à leur pourtour par une abondante et large exfoliation épidermique. Le cercle le plus externe est le premier né. C'est l'ensemble de ces cercles concentriques que M. le docteur Bonnafy a désigné sous le nom de système. Des auto-inoculations de voisinage se produisent habituellement sur le même individu, d'où résulte un nouveau système et ce second système donne naissance à un troisième et ainsi de suite. Toutes ces lésions sont de forme identique, leur parasite causal étant le même. Cette trichophytie n'envahirait jamais le poil.

Les cultures n'ont pas donné de résultat, en raison de l'ancienneté des squames, le parasite s'y conservant en général peu de temps ; on ne saurait donc actuellement porter un jugement définitif sur le parasite de la teigne imbriqueé. Il est probable, ajoute Sabouraud, que le tokelau est une teigne trichophytique, peu différente des espèces trichophytiques animales d'Europe. Son territoire géographique est compris entre le 100e et le 165e degré de longitude est et entre les 20e degrés de latitude sud et nord. Elle paraît originaire des îles Tokelau et Samoa.

II. — TEIGNE TONDANTE A PETITES SPORES.

Cette teigne n'est pas une trichophytie, elle est occasionnée par le *microscoporon Audouïni*

(Gruby). Cette maladie reste encore innommée, puisqu'on ne peut lui conserver le nom de trichophytie, qui continuerait la confusion : Sabouraud la désigne sous le nom de *tondante rebelle*, car on ne l'observe qu'au cuir chevelu ; elle est très rebelle, son évolution pouvant durer plusieurs années.

Cette teigne est une affection de l'enfance, de la première enfance, elle n'atteint pas les adultes.

ÉTUDE CLINIQUE. — (*a*) *Lésion pilaire*. — Dans l'étendue de la plaque malade, chaque cheveu est entouré, sur 3 millimètres de hauteur environ au-dessus de l'orifice pilaire, par un étui blanc grisâtre. Cet aspect est très caractéristique. Plus tard les cheveux parasités se brisent ordinairement à 6 ou 7 millimètres du follicule ; l'étui pseudo épidermique de leur base est dissocié et la plaque malade est recouverte de débris poussiéreux, blanchâtres. Les cheveux malades qui sont fins et qui ont pris une teinte grisâtre, sont très rapprochés et couchés dans le même sens ; aussi à la pince on en épile toujours au moins 5 ou 6 d'un seul coup. — (*b*) *Lésion épidermique*. La tondante à petites spores paraît débuter non par l'épiderme, mais par le poil au niveau de l'orifice folliculaire ; quand l'épiderme est atteint, il ne paraît l'être que secondairement au cheveu. Dans des cas très rares la lésion parasitaire gagne l'épiderme et se traduit sous l'aspect suivant : Son centre est un disque de couleur bistrée, cerclé d'un double liseré érythémateux. Son aspect est celui d'une cocarde : deux cercles rouges concentriques séparés par un cercle pâle.

Mais l'épilation démontre parfois la forme en cocarde de la lésion. Sur un cuir chevelu épilé, la peau au niveau des plaques a une teinte grisâtre due à la présence des racines cassées par l'épilation.

Étude microscopique. — Le cheveu traité par une dissolution aqueuse de potasse à 40 p. 100 et chauffé presque jusqu'à l'ébullition, laisse voir une quantité innombrable de petites sporules rondes, toutes égales. Leur réunion ne dessine aucun filament régulier; elles sont au contraire irrégulièrement juxtaposées, comme les cailloux d'une mosaïque. Les spores du parasite constituent une gaine continue autour du cheveu, et ne pénètrent pas dans sa substance. Les caractères distinctifs de cette teigne sont donc la petitesse des spores, leur distribution l'une près de l'autre, sans agmination en files et enfin le développement du parasite qui a lieu de la tige du cheveu vers sa racine, de haut en bas.

Cultures. — On pratique ces cultures de la façon suivante : un cheveu malade est épilé et déposé sur une lamelle de verre flambée. Un fragment de sa portion radiculaire est porté sur le milieu nutritif et sans autres précautions on obtiendra d'emblée, dans la grande majorité des cas, des cultures pures sans associations bactériennes et cryptogamiques. La semence du microsporon Audouïni, déposée sur le moût de bière gélosé, donne au bout de 3 ou 4 jours une touffe de myceliums radiés ; quelques jours après, au centre de la colonie, apparaît une touffe de rameaux aériens duveteux, autour desquels se formeront successivement des cercles concentriques duveteux laissant entre eux des cercles glabres. Sur une gélose maltosée la culture se présentera comme un tapis duveteux, amiantacé.

En résumé, dit l'auteur : « Sous le nom commun de *teigne tondante trichophytique*, on a confondu, jusqu'à ce jour, deux maladies complètement et absolument distinctes, d'une fréquence à peu près égale, et qui n'ont de commun que de s'attaquer l'une et l'autre au cheveu.

L'une de ces tondantes est effectivement causée par les mêmes parasites cryptogamiques qui créent les trichophyties d'autres sièges. Elle mérite donc de conserver son nom de tondante *trichophytique*.

L'autre, que j'appelle *tondante spéciale de Gruby*, du nom de celui qui décrivit pour la première fois son parasite, est causée par le *microsporon Audouïni* (Gruby), ET CE PARASITE N'EST PAS UN TRICHOPHYTON. »

Toutes ces recherches sont des plus intéressantes et démontrent la pluralité des teignes ; au point de vue pratique, elles ont une grande importance et permettent d'établir, sur des têtes non traitées, d'une manière précise, le diagnostic de la variété de teigne.

A. DOYON. (*Lyon médical.*)

CLINIQUE RHINOLOGIQUE

L'adénoïdite aiguë chez les enfants.

L'arrière cavité du nez ou pharynx nasal, est tapissée de follicules lymphatiques, disséminés ou réunis en amas, dont l'agglomération constitue une véritable amygdale, la troisième, dite de Luschka.

En pathologie, cette glande, comme ses voisines, les tonsilles palatines, subit communément deux processus : l'hypertrophie et l'inflammation.

Depuis Meyer, de Copenhague, son hypertrophie est très connue en pédiatrie, sous le nom de tumeurs adénoïdes.

Son inflammation ou adénoïdite aiguë, quoiqu'importante et commune, est beaucoup moins vulgarisée. Elle doit cependant, au même titre que l'amygdalite buccale, être présente à l'esprit de tout praticien faisant de la médecine infantile.

L'étiologie de cette affection est banale et on la rencontre à tout âge, aussi bien chez le nouveau-né, que chez l'adolescent. Elle succède au refroidissement, à l'invasion d'une fièvre éruptive, d'un coryza aigu. Un catarrhe chronique de la région, des végétations anciennes y prédisposent. Parfois, il est difficile de préciser les circonstances qui ont favorisé l'infection.

La symptomatologie comprend des troubles généraux et des signes locaux.

La fièvre est constante, bien que généralement modérée. Elle s'accompagne d'inappétence, de courbature, assez souvent d'une légère toux et cet état persiste ainsi quelques jours, mais rarement au delà d'une semaine.

De tels phénomènes peuvent égarer l'attention du clinicien, lui faire penser à un embarras gastrique, à une grippe et chez le jeune enfant, à un accident de dentition.

Les symptômes locaux, plus caractéristiques, sont les suivants :

a § Une gêne intense de la respiration nasale,

due à l'hypertrophie inflammatoire des glandules adénoïdes obstruant le canal naso-pharyngien. Elle se traduit par un ronflement guttural, une respiration buccale, une sécheresse de la gorge, une difficulté de l'allaitement, en un mot, la symptomatologie classique des tumeurs adénoïdes.

La sténose se développe brusquement et ce syndrome clinique s'établit en une journée chez un sujet dont la respiration était jusqu'alors normale (premier type) ;

Ou bien, les signes d'obstruction nasale existants déjà, subissent un accroissement rapide d'intensité, lorsque le patient était porteur d'hypertrophie de l'amygdale pharyngée (deuxième type).

Il est utile de faire la distinction entre ces deux cas, au lit du malade. Une simple question aux parents suffit : l'enfant dormait-il la bouche ouverte ? Ronflait-il auparavant ? La persistance de ces phénomènes, une fois la phlegmasie calmée, vient confirmer le diagnostic de ce second type.

b § Les lymphatiques sont engorgés. On trouve au cou, à la région sous-maxillaire, une pléiade ganglionnaire douloureuse au toucher.

c § Fréquemment l'adénoïdite retentit sur l'oreille moyenne, par l'intermédiaire de la trompe. L'otalgie n'est pas rare et s'accompagne volontiers de surdité et de bourdonnements, dus à l'obstruction tubaire ou au catarrhe de la caisse.

Parfois ce catarrhe devient purulent et on assiste alors au cortège symptomatique de l'otite moyenne suppurée, avec ses propagations possibles, toujours sérieuses.

D'autres complications sont à redouter sur les organes respiratoires, telle la trachéo-bronchite, par infection de voisinage, ou chute de sécrétions purulentes sur le larynx.

Si le malade est assez âgé, il mouche un peu plus abondamment que d'ordinaire et se plaint de gêne, de sécheresse, qu'il localise plus ou moins bien, en arrière et au-dessus du voile du palais.

d § L'examen objectif de la gorge avec l'abaisse-langue, montre un pharynx à peine rouge, s'il n'y a pas d'amygdalite buccale concomitante.

Ce premier coup d'œil est donc négatif, et si on ne connaît pas l'adénoïdite, on cherche ailleurs la cause des troubles observés. C'est le moment de rappeler au praticien que l'abaisse-langue, même manœuvré très habilement, ne permet de découvrir qu'une faible partie du pharynx, laissant invisibles les régions supérieure et inférieure, aussi importantes, sinon plus, en pathologie.

Prévenu, en y regardant de près, on apercevra des sécrétions muco-purulentes descendant en arrière du voile palatin, sur la paroi pharyngée postérieure.

Le diagnostic est facile et s'il n'est pas fait plus souvent en clinique, comme je l'ai dit précédemment, c'est qu'on pense rarement, à tort, puisqu'elle est fréquente, à l'adénoïdite aiguë — étiquetant ainsi les cas observés sous des rubriques diverses : grippe, embarras gastrique, coryza aigu simple, otalgie, fièvre dite de dentition..., etc.

L'apparition rapide des signes d'obstruction nasale ou leur exagération (ronflement, respiration buccale....) accompagnés de fièvre et d'un pharynx seulement rouge doivent faire poser le diagnostic d'amygdalite pharyngée.

Cependant, il peut s'agir d'un coryza aigu, mais ce dernier a d'autres symptômes : sécrétions abondantes, jetage assez intense, rougeur et exulcérations des narines, manquant dans l'inflammation de la glande de Luschka.

D'ailleurs, le coryza provoque presque toujours, chez l'enfant une adénoïdite à un degré variable — la réciproque est bien plus rare.

L'existence des troubles auriculaires sus-indiqués, de l'otalgie en particulier, la présence de muco-pus descendant du cavum ? sur le pharynx et l'œsophage, confirmeront le diagnostic.

Le pronostic de cette maladie, sans être grave, n'en est pas moins sérieux, par les complications qu'elle entraîne, l'otite suppurée, par exemple, le catarrhe chronique qu'elle laisse parfois derrière elle.

Dans les cas simples, la guérison s'obtient en une ou deux semaines et la tonsille pharyngée revient à peu près au volume qu'elle avait auparavant.

C'est, en somme, la marche et le cycle de l'amygdalite buccale ordinaire. Les différences d'étiologie et surtout de symptomalogie sont le résultat du siège différent de la phlegmasie.

Le traitement observera les règles diététiques des affections aiguës en général. Repos à la chambre ou au lit, alimentation légère, sulfate de quinine. Nous y ajouterons volontiers le Salol, à dose de 0.50 à 2 grammes suivant l'âge (excepté chez le jeune enfant) qui possède une action favorable sur les angines inflammatoires.

Localement faire de l'antisepsie naso-pharyngienne.

Trois fois par jour, insuffler dans chaque fosse nasale la préparation suivante :

Acide borique en fines paillettes (acide borique en paillettes passées au tamis	20 gr.
Menthol	0 gr. 25

Mêlez.

Il est commode d'employer, à cet effet, un auto-insufflateur fort simple, constitué d'un court tube de verre, que l'on introduit chargé de poudre dans une narine, auquel est adapté un tube de caoutchouc, par l'extrémité duquel on souffle.

L'enfant se gargarisera, s'il est assez âgé, avec une solution chaude d'acide borique à 4 %, ou de résorcine à 1 %.

Le médecin pratiquera lui-même, à chaque visite, un badigeonnage du pharynx nasal, en introduisant, avec précautions, en arrière du voile du palais, un instrument coudé garni de coton hydrophile, imbibé du collutoire suivant :

Résorcine	1 gr.
Menthol	0 gr. 10
Glycérine	20 gr.

F. S. A.

Une fois l'adénoïdite aiguë terminée, le rôle du médecin ne s'arrête pas là. Il doit rechercher si la guérison est complète, s'il ne reste pas une lésion otique légère, un peu de surdité passant inaperçue, si on n'y prend garde, ou surtout des végétations adénoïdes, dont l'intervention chirurgicale fera justice, au grand bénéfice de l'enfant.

Docteur P. Lacroix.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'année de sciences physiques, chimiques et naturelles.

Monsieur le Directeur : Vous m'avez demandé d'exposer. dans le *Concours Médical*, ce qu'est l'année des sciences physiques, chimiques et naturelles récemment placée au seuil des études médicales, pensant que cet exposé intéresserait ceux de vos lecteurs, dont les fils se préparent à suivre la carrière paternelle.

Je vais m'efforcer de vous donner satisfaction en passant en revue les formalités administratives exigées, les études, enfin les examens de sortie.

Le futur étudiant doit tout d'abord se faire inscrire à la Faculté des Sciences et pour cette première inscription il doit produire :

1° Une demande au doyen sur papier timbré et légalisée.

2° L'acte de naissance sur timbre.

3° Le diplôme de Bachelier ès Lettres-Philosophie, ou un certificat qui fasse foi de l'admission.

4° L'autorisation du père, sur papier libre, mais légalisée.

Sur la remise de ces pièces, la Faculté des Sciences donne, au futur étudiant, un numéro, dont il sera parlé plus loin et lui délivre une carte d'étudiant qui lui sera indispensable pour entrer dans les locaux des cours et des travaux pratiques (1, rue Rataud).

On lui remet également une feuille de consignation pour la première inscription, dont il devra verser le montant entre les mains du Receveur des droits universitaires (21, quai des Grands-Augustins).

Le montant de chaque inscription est de 55 fr.

Les inscriptions sont au nombre de quatre et se prennent en novembre, janvier, avril et juin.

Au commencement de l'année, chaque étudiant doit, en outre, consigner entre les mains des chefs des travaux pratiques une somme de 25 fr. pour frais de casse et détériorations (10 fr. pour la chimie, 5 fr. pour la physique, 5 fr. pour la zoologie et 5 fr. pour la botanique).

Les droits de l'examen de fin d'année sont de 80 fr., sur lesquels, en cas d'échec, il est remboursé 60 fr. Pour subir cet examen, il faut, en consignant, présenter une demande sur papier timbré et une autorisation des parents.

Suivant les numéros d'inscription, les étudiants sont divisés en deux séries : les numéros impairs forment la première, les numéros pairs la seconde. Ces deux séries n'ont rien de commun entre elles, ni cours, ni travaux pratiques ; aussi les étudiants qui désirent se trouver ensemble doivent-ils, en prenant leur première inscription, demander à être inscrits dans la même série.

Les études comprennent les cours, qui ont lieu le matin et les travaux pratiques qui ont lieu l'après-midi. La présence est obligatoire aux uns comme aux autres, et, en entrant, chaque étudiant doit faire émarger son numéro. Le contrôle étant fait tous les jours, la moindre absence est connue de l'administration, qui en informe la famille de l'étudiant et en demande justification.

Aux cours, les étudiants doivent prendre des notes aussi complètes que possible, sur des cahiers spéciaux que les professeurs visent au commencement de l'année et examinent de temps en temps. Cet examen des cahiers motive des notes qui entrent en ligne de compte pour l'examen de fin d'année.

Les cours ont une durée d'une heure. Voici quelle était leur distribution pour la seconde série (Numéros pairs) pendant l'année 1895-1896 :

Chimie. — Lundi, mercredi et vendredi, de 9 heures à 10 heures ;

Physique. — Mardi, jeudi et samedi, de 9 heures à 10 heures ;

Zoologie. — Pendant le premier semestre, jeudi et samedi, de 10 heures 1/2 à 11 heures 1/2 ; pendant le second semestre, le jeudi seulement, de 10 heures 1/2 à 11 heures 1/2.

Botanique. — Pendant le premier semestre, mardi, de 10 heures 1/2 à 11 heures 1/2 ; pendant le second semestre, mardi et samedi, de 10 heures 1/2 à 11 heures 1/2.— Les cours sont indispensables à l'examen : ils embrassent la totalité du programme et sont fort intéressants, les professeurs faisant tous les efforts pour en accroître l'attrait et ne négligeant rien de ce qui peut toucher le futur médecin.

Les formules chimiques les plus barbares deviennent claires après les cours de MM. les professeurs Péchard et Joannis ; MM. Janet et Poincarré, en multipliant les expériences de physique, parviennent à suppléer à l'insuffisance des connaissances mathématiques de leurs élèves et donnent un intérêt tout spécial à leurs cours en traitant les questions à l'ordre du jour (rayons Roëntgen, photographie des couleurs, etc.).

La Botanique même, malgré son aridité, devient intéressante aux cours de M. Daguillon, qui insiste sur les parties les plus importantes, non pas tant au point de vue botanique, qu'au point de vue médical (bactériologie). Enfin le cours de zoologie de M. Périer, après une étude très complète des animaux inférieurs, insiste sur l'anatomie comparée des vertébrés, donnant une foule de notions qui trouveront plus tard leur utilité dans l'étude de l'anatomie humaine.

Les travaux pratiques sont coordonnés aux cours et ne commencent qu'un certain temps après ces derniers. Ils sont surveillés par des préparateurs, qui se font un plaisir de donner aux étudiants tous les renseignements, dont ils peuvent avoir besoin et qui sont considérés plutôt comme des camarades, que comme des maîtres.

Les travaux pratiques durent, chaque jour, trois heures, de 1 heure 1/2 à 4 heures 1/2. Voici comment ils étaient distribués en 1895-1896, pour une partie de la seconde série, car il est impossible que les mêmes travaux aient lieu tous les jours pour une série entière. Mardi : *Zoologie.* Mercredi : *Chimie.* Jeudi : *Botanique.* Vendredi : *Physique.* Samedi : *Chimie analytique.* Le lundi, il n'y avait pas de travaux pratiques.

Au commencement de chaque séance, chacun des étudiants reçoit une feuille de manipulation divisée en deux parties : sur l'une il trouve les indications nécessaires à la manipulation ; sur l'autre il prend des notes, fait des dessins, exé-

cute les calculs indiqués, etc. A la fin de la séance, les feuilles sont remises au préparateur qui les corrige et leur attribue une note qui comptera pour l'examen de fin d'année. Les feuilles sont rendues à la manipulation suivante.

Aux manipulations de chimie, les étudiants sont répartis en salles de 25 et groupés deux à deux. Chaque groupe de deux a sa place à une table, ses appareils, son fourneau, etc. Il doit préparer les divers corps simples ou composés qui lui sont donnés : oxygène, chlore, acides, sels, éthers, matières colorantes, etc.

En chimie analytique, chacun manipule isolément et fait les déterminations, analyses ou dosages, qui lui sont donnés (sels à déterminer, mélanges de sels solubles ou insolubles ; alliages, alcalimétrie, chlorométrie, dosage du fer dans les minerais, etc.)

J'insiste sur l'extrême importance des dosages, car on doit en exécuter un à l'examen et, dans le cours de l'année, on n'en fait guère plus d'un de chaque sorte.

En physique, les élèves sont également répartis par groupes de deux ; ils ont à exécuter des mensurations, des pesées, à chercher des densités, à déterminer des résistances électriques, à faire de la saccharimétrie, etc. Souvent ces mesures doivent être traduites par une courbe.

En Botanique et en Zoologie, les étudiants manipulent isolément, ils sont répartis par salles de dix environ. Ils ont à faire des préparations microscopiques, des coupes, des dessins, etc., ou bien des dissections (écrevisse, sangsue, seiche, escargot, moule, grenouille, souris, cerveau et œil du mouton, etc.).

Les laboratoires sont parfaitement installés : chaque élève a son microscope, sa cuvette à dissection, ainsi que les accessoires nécessaires ; mais il doit s'être muni d'une trousse à dissection.

De temps à autre les travaux pratiques sont remplacés par des interrogations sur les matières des cours. Ces interrogations donnent lieu à des notes qui, elles aussi, compteront pour l'examen de fin d'année.

Comme on le voit, les étudiants sont occupés presque toute la journée. De 9 heures du matin à 4 heures 1/2 ils n'ont guère que le temps de déjeuner. Leur soirée est libre, il est vrai, mais il leur reste à revoir les notes qu'ils ont prises aux cours le matin ; il leur faut encore repasser ces cours en vue des interrogations, ainsi que les feuilles des travaux pratiques. On peut donc considérer la vie des étudiants, pendant cette année, comme une transition entre leur séjour antérieur au collège et l'existence plus libre qu'ils auront les années suivantes.

Les relations des étudiants entre eux sont très cordiales : c'est aux travaux pratiques que l'on fait connaissance ; on se retrouve pendant l'intervalle des deux cours, de 10 h. à 10 h. 1/2, on se retrouve encore aux réunions organisées par l'Association du P. C. N (Association des étudiants de l'année de sciences physiques, chimiques et naturelles) : celle ci, moyennant une cotisation de un franc par mois, assure un certain nombre d'avantages. En 1895-1896, son président, M. Cagniard, a publié le cours de Zoologie.

Avec les congés du jour de l'an (une semaine), ceux de Pâques (15 jours), on arrive bien vite à la fin de l'année d'études.

Les cours et travaux pratiques prennent fin vers le 15 juin ; les examens ne commençant que vers le 5 juillet, il reste à peu près trois semaines pour repasser le travail de l'année.

Enfin les examens sont arrivés, pratiques d'abord, oraux ensuite.

Les examens pratiques durent quatre jours, à raison de 3 heures pour chacun.

Zoologie. Il faut disséquer tel organe ou tel appareil d'un animal disséqué au cours de l'année ; pendant la dissection, l'étudiant est interrogé sur ce qu'il fait, par le préparateur.

Les sujets de dissection sont tirés au sort ; parmi ceux qui sont sortis le plus fréquemment je signalerai : la sangsue (appareil digestif, système nerveux, organes excréteurs) ; l'escargot (tube digestif, appareil reproducteur).

Botanique. Il faut d'abord déterminer, *sans flore*, la famille de deux plantes typiques (Composées, Labiées, Caryophyllées, Solanées, Graminées, etc.), puis, *avec la flore*, le genre et l'espèce de trois autres plantes.

Il faut encore dessiner un échantillon, faire une préparation microscopique et la dessiner. A chaque place sont préparées à l'avance les plantes et l'indication des préparations : à leur entrée, les étudiants tirent au sort ces places.

Chimie. Il faut préparer un corps qui, dans les manipulations de l'année, a été préparé, et dresser le procès-verbal de la réaction ; il faut aussi analyser un mélange de deux sels solubles ou insolubles, ou encore un alliage ; il faut enfin faire un dosage, pour lequel les liqueurs titrées sont fournies toutes prêtes, avec l'indication du titre.

Comme pour la botanique, tout est préparé à l'avance à chaque place, et les places sont tirées au sort.

Physique. Il faut exécuter une mesure faite pendant l'année : les formules et les coefficients doivent être connus, les constantes de l'appareil sont seules données, s'il y a lieu.

Parmi les sujets les plus fréquemment donnés je citerai : le pont de Wheatstone (mesure des résistances électriques), l'examen saccharimétrique de liqueurs sucrées, la mesure de distances focales de lentilles et de miroirs, les recherches calorimétriques, etc.

Naturellement, chaque épreuve donne lieu à une note du chef des travaux pratiques.

Les examens oraux sont beaucoup plus importants, et un bon oral peut racheter des examens pratiques qui laisseraient à désirer. Ils se passent devant les professeurs des cours.

Voici en quoi ils consistent :

Botanique : Deux questions tirées au sort : Une de botanique générale, une de botanique spéciale (familles).

Parmi les questions qui sont revenues le plus souvent : la tige, la racine, la fleur, la graine. (Algues, champignons, mousses, lichens, composées, renonculacées, etc.)

Zoologie : Deux questions tirées au sort. En général, une sur les vertébrés, l'autre sur les invertébrés. Exemples : Alternances de génération, appareils circulatoire et respiratoire des crustacés ; tissu glandulaire, tube digestif des

céphalopodes ; tissu conjonctif, araignée ; formules dentaires, système nerveux des crustacés ; tissu nerveux, pièces de la bouche des insectes ; amnios et allantoïde, appareil respiratoire des oiseaux ; protoplasma, caractères généraux des reptiles, etc...

Pour la Botanique comme pour la Zoologie, le candidat a un quart d'heure de réflexion, entre le moment où la question lui est soumise et le moment où il doit répondre à l'examinateur.

Physique : Deux questions tirées au sort portant sur des parties différentes du programme. Voici quelques-unes des questions posées : phénomènes d'interférence dans les lames minces, capacité électrique, photométrie, électrolyse, vibration des tuyaux, thermomètre, réfraction de la lumière, loi de Mariotte, loi de Stokes Phosphorescence, etc.

Chimie : Trois questions, généralement une sur les métalloïdes, une sur les métaux, une sur la chimie organique.

Voici quelques exemples :

Anhydride sulfureux, glycérine, acide phosphorique ; protoxyde d'azote, lois de Berthollet, poids moléculaires ; acide fluorhydrique, sels de baryum, aldéhydes ; acide azotique, aluns, acides tartriques ; ammoniaque, hyposulfite de soude, sucres, etc.

Chacune des interrogations dure un grand quart d'heure, et, pendant ce temps, les professeurs consultent les notes données au cours de l'année, ainsi que celles des examens pratiques. La note définitive qu'ils attribuent est celle qui décidera du résultat de l'examen.

Ces notes vont de 20 à 0. Les coefficients par lesquels elles sont multipliées sont 1 pour la botanique, 1 pour la zoologie, 1,5 pour la physique et 2 pour la chimie.

Le maximum des points est donc de 110 ; pour être reçu, il faut avoir 55 points.

Tout étudiant qui a travaillé sérieusement et d'une manière régulière, est certain, autant qu'on peut l'être, de sa réussite ; on ne peut pourtant pas dire que l'obtention du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles soit facile, puisque, au mois de juillet 1896, plus de 50 % des candidats ont échoué.

Ces derniers recommenceront en octobre ; il est probable que la proportion des admissions restera la même, de sorte que sur les 400 étudiants qui, en 1895-1896 ont suivi les cours de la Faculté de Paris, plus de cent se trouveront éliminés.

C'est, sans doute, pour augmenter les connaissances générales des futurs étudiants en médecine, que cette année d'études préparatoires a été créée, mais c'est certainement aussi en vue de cette élimination, puisqu'il serait question, paraît-il, d'interdire une seconde année d'études à ceux qui auront échoué aux examens d'octobre.

Telle est, Monsieur le Directeur, cette première année d'études, du moins à Paris ; il est probable que, dans les Facultés de province, quelques détails auront différé ; — il serait intéressant de savoir ce qu'il en a pu être.

Quoi qu'il en soit, j'espère que cette relation succincte pourra satisfaire vos confrères et montrer aux futurs étudiants que les études sont moins rébarbatives qu'ils ne pourraient le supposer, mais aussi qu'on ne saurait impunément les négliger.

Louis GASSOT.

Erratum.

Dans le remarquable article de M. le Dr Brassac, sur la médecine navale, n° du 15 août, page 384, col. I, ligne 18, il est dit que les 93 médecins ou pharmaciens de 1re classe du corps colonial n'ont qu'une croix de Chevalier de la Légion d'honneur ; c'est *sept* et non pas une qu'il faut lire. Autre erreur d'impression page 381, 2e col., ligne 38 : c'est *option* et non *adoption* qu'on doit lire.

REPORTAGE MÉDICAL

Loi sur l'exercice de la médecine. — Un décret rend exécutive en Algérie la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, sous réserve des dispositions ci-après :

1° Le droit d'exercer l'art dentaire dans les conditions prévues par l'article 32 est maintenu à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôle des patentés au 1er janvier 1896.

2° Il est permis aux femmes musulmanes d'accoucher leurs coreligionnaires, et aux opérateurs indigènes de pratiquer la circoncision sur des musulmans. Toutefois, il ne peut leur être délivré ni patente ni certificat, et l'autorité administrative reste toujours libre de retirer le bénéfice de cette disposition à tout indigène, homme ou femme, signalé comme coupable d'abus, manœuvres criminelles ou délictueuses, imprudences préjudiciables à la santé publique ou contraires au bon ordre.

Les indigènes qui, ayant été l'objet d'une interdiction de ce genre, continueront à prêter leur concours à des accouchements ou à des circoncisions seront passibles des peines prévues par la loi contre l'exercice illégal de la médecine.

— *XIIe Congrès international de médecine.* — Le XIIe Congrès international de médecine est placé sous l'auguste patronage de Son Altesse Impériale le grand-duc Serge Alexandrovitch.

L'ouverture du Congrès de Moscou aura lieu le 7 (19) août 1897 et sa clôture le 14 (25) du même mois. Sa durée sera de huit jours.

Le Congrès se composera des médecins qui se seront fait inscrire et auxquels il aura été délivré une carte de membre. — Indépendamment des médecins, les personnes munies d'un titre scientifique, qui désirent prendre part aux travaux du Congrès, pourront également en faire partie aux mêmes conditions, mais en qualité de membres extraordinaires. — Pourront également en faire partie en qualité de membres extraordinaires, les vétérinaires, les pharmaciens, les médecins-dentistes.

— Le Congrès de *Genève*, aura lieu du 6 août au 25 septembre. En ce qui concerne l'obstétrique, on doit écrire au Dr Cordes, 12, rue Bellot, et pour la gynécologie au Dr Betrix, avenue du Rhône, à Genève. Il est nécessaire de se hâter.

— *La variole à Marseille.*— C'est à croire que M. le Dr *Flaissières*, maire de la ville, est membre de la *ligue contre la vaccination.*

En France, l'accord unanime des médecins n'a pu obtenir l'obligation de la vaccination et notre pays, qui ne fait que peu d'enfants, voit mourir des milliers de ses citoyens par la variole, dont il pourrait les préserver. Néanmoins, Paris se défend, et ne perd que quelques varioleux. Mais à Marseille il est mort 750 varioleux en 1895, 35 en un semestre de 1896 et cela va continuer.

Depuis 1872, la grande cité commerçante du midi a perdu, par sa faute, près de 10 mille de ses habitants. On va mettre son port en quarantaine à juste raison, si le médecin, qui préside à ses destinées, continue à contempler le fléau sans agir.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 35 29 août 1896



LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

L'intérêt supérieur de la santé publique.

Parmi les axiomes clichés, qui n'ont cessé d'avoir cours dans le monde, depuis qu'il existe, nous trouvons au premier rang celui-ci : *La santé est le premier des biens.*

Mais, peut-être parce qu'il a trop servi, il semble n'avoir plus qu'une valeur virtuelle, toute de convention discutable.

Les hygiénistes ont bien essayé d'une alliance avec les économistes, dans le but de le rajeunir, en le matérialisant. Ils ont évalué le prix d'une vie humaine en chaque nation, et prouvé que le capital social se composait, avant tout, de cet élément.

Seulement, ils ne paraissent pas avoir été compris.

De nos jours, en effet, le paysan n'est plus le seul à faire passer la santé du bétail, et le souci de ses biens matériels, avant les soins qu'il devrait aux membres de sa famille.

Toutes les classes de la société se surmènent à l'envi, sacrifiant au négoce, aux affaires, en même temps qu'au plaisir, la préoccupation de conserver la vigueur physique, pourtant reconnue si précieuse. Et si, sous prétexte d'hygiène, beaucoup de personnes s'adonnent aux divers sports, elles y trouvent une occasion de fatigue plutôt que de réparation organique.

Mais si l'on veut voir, dans toute sa beauté, le contraste qui existe entre les paroles et les actes, quand il s'agit de sauvegarder la santé, il convient de jeter un coup d'œil sur les faits et gestes de ceux qui détiennent l'autorité, en France.

Prenez les procès-verbaux des séances de conseils municipaux, examinez leurs budgets, et à quelques rares exceptions près, vous n'y trouverez aucune trace de sollicitude au sujet de la santé des habitants. On entretient les voies publiques, sans autre but que de rendre la circulation plus facile : on les crée dans la seule pensée de donner une plus value à des terrains ou d'encourager la construction. On protège les maisons contre l'incendie à grand renfort de pompiers : seulement, on ne s'inquiète pas de mettre l'occupant à l'abri des causes d'insalubrité de l'immeuble ou du quartier.

On construit des écoles confortables, mais on oublie, presque toujours, d'y assurer le règne d'une bonne hygiène. On vote des crédits en vue de fêtes locales ; c'est afin de faire marcher le commerce et de réjouir l'électeur, comme on amuse un enfant. Tout marche à l'avenant dans l'administration de la commune.

Passez de là dans le milieu plus instruit des conseils généraux. C'est la même note qui domine. Sur quoi lésine-t-on ? Sur les services d'hygiène et d'assistance d'abord. Nous connaissons un département, qui dépense près de six millions annuellement. Son conseil général est très éclairé, ouvert aux idées de progrès. Eh bien ! vous trouvez le chiffre de deux cent mille francs à son budget, pour tout ce qui concerne l'hygiène et l'assistance de six cent mille habitants, soit 0 fr. 33 par an et par tête. C'est un des mieux partagés : le 30e de ses ressources y passe ! !

On pourrait croire, en revanche que le Parlement, qui est le souverain maître, fait un usage plus rationnel de ses prérogatives et comprend mieux ses devoirs.

Examinons en deux mots.

Après 25 ans de lutte, nous avons obtenu, de lui, la loi Chevandier et la loi d'assistance. Mais, députés et sénateurs, devenus ministres, n'ont jamais exigé que l'application en fût sérieusement et largement faite. Malgré la première, nos magistrats laissent briller de toute sa splendeur l'exercice illégal, ce fléau que l'on devait étouffer sans retard ; malgré la seconde, l'esprit de charité du médecin est à peu près l'unique garant de la santé du pauvre.

La vaccination obligatoire est demandée sans résultat depuis 1869. Le projet de loi sur la protection de la santé publique semble avoir sombré dans l'ordre du jour du Sénat. La loi sur les accidents de travail, qui assure des soins et du pain à l'ouvrier blessé, vient de repasser au moule et n'est pas près d'en sortir. Et ainsi de suite.

D'autre part, quiconque a suivi la discussion des lois sur l'exercice de la pharmacie et sur la réforme des boissons, a dû voir avec quel art nos honorables cherchaient des subterfuges destinés à faire passer au second plan, sans l'avouer, le souci de satisfaire aux exigences de la santé publique. Tâche difficile, mais bien dans leurs goûts et dans leurs habitudes, car il serait trop simple d'incliner les intérêts particuliers, fiscaux ou commerciaux, devant le principe sacré de l'intérêt national, représenté par les prescriptions de l'hygiène : ils n'y parviendront peut-être pas.

Nous avions donc raison de dire que, chez nous, personne ne se préoccupe de mettre ses actes d'accord avec ses paroles, quand il s'agit de *l'intérêt supérieur de la santé publique.*

C'est là une de ces formules, comme il en pleut de la tribune française à chaque séance ; mais ce n'est qu'une formule, un dicton, une banalité oratoire, qui n'inspira jamais personne.

Il faut toute la naïveté du médecin pour croire qu'on en tient compte.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.

La fréquence des difficultés du diagnostic de la fièvre typhoïde, au début, sera certainement beaucoup diminuée par la nouvelle méthode, dite du séro-diagnostic, préconisée par le Dr Widal. Cette méthode a été découverte par Grüber ; voici en quoi elle consiste :

Si dans une culture de bacilles d'Eberth en bouillon, on verse quelques gouttes de sérum sanguin pris à un typhoïdique, au bout de quelques heures, ce bouillon, de trouble qu'il était, devient clair, et des grumeaux plus ou moins abondants se précipitent au fond du tube à expérience. Ces grumeaux examinés au microscope sont constitués par des bacilles d'Eberth paralysés, mais non morts, car ils récupèrent toute leur virulence, si on les ensemence dans un nouveau bouillon.

Cette réaction, d'après les observations de M. Widal, dont M. P. Courmont a constaté l'exactitude dans onze cas de fièvre typhoïde, serait caractéristique de l'existence de cette pyrexie pour un cas douteux.

M. *Widal* a pu, jusqu'à présent, trouver la réaction caractéristique dans quatorze cas personnels. Ses expériences lui ont permis d'établir que cette réaction se produit, en général, le septième ou le huitième jour de la maladie. Il est cependant des cas, où on a pu l'obtenir dès le cinquième jour.

Dans un certain nombre de cas où l'on hésitait entre la dothiénentérie et l'embarras gastrique, l'examen du sang est toujours resté négatif. Dans les typhoïdettes, la réaction est très manifeste, ce qui les différencie des embarras gastriques.

M. Widal a recherché également si l'on obtiendrait les mêmes résultats avec l'urine des typhiques. Le même phénomène se produit, mais d'une façon inconstante ; souvent il n'a pas lieu, tandis que la réaction du sérum est très manifeste.

M. *Hayem* a montré, il y a quelques années déjà, qu'on ne rencontre, dans la dothiénentérie, ni augmentation de fibrine, ni augmentation de leucocytes, contrairement à ce qui se passe dans la plupart des maladies infectieuses. Il y a là une particularité qui peut rendre des services dans certains cas difficiles de fièvre typhoïde.

L'alimentation artificielle du nouveau-né par le lait stérilisé et la stérilisation du lait.

Il est indispensable de graduer les tétées des enfants alimentés artificiellement au biberon avec le lait, même stérilisé, si l'on veut ne pas nuire à leur santé et si l'on veut imiter complètement la nature.

La capacité gastrique des nourrissons a été appréciée par Morgan Rotch, de la façon suivante :

Enfant de 3 heures.......	25 à 30	cent. cubes
— 4 semaines.....	75	—
— 8 —	96	—
— 12 —	100	—
— 16 —	107	—
— 20 —	108	—

Pour éviter que l'estomac du nouveau-né ne soit forcé et fatigué par les quantités excessives de lait, Ssnitkin a proposé de donner au nourrisson le centième de son propre poids de lait, en augmentant d'un gramme par jour. Ainsi un enfant de 4,500 grammes à la naissance, recevra 45 grammes de lait, par tétée, au bout de 15 jours il prendra 45 plus 15 grammes.

Morgan Rotch conseille de donner, pendant la première semaine, toutes les deux heures, 30 cent. cubes ; pendant la deuxième, toutes les deux heures, 45 c. c. ; pendant la quatrième, toutes les deux heures, 75 c. c. ; pendant la sixième, toutes les deux heures et demie, 90 c. c. ; pendant la huitième, toutes les deux heures et demie, 100 c. c. Au troisième mois, toutes les deux heures et demie, 120 c. c. ; au quatrième mois, toutes les deux heures et demie, 135 c. c. ; au cinquième mois, toutes les trois heures, 165 c. c. ; au sixième mois, toutes les trois heures, 175 jusqu'à 200 gr. du 8e au 12e mois.

M. *Marfan* conseille de donner le premier jour de la naissance 10 gr. par tétée, le deuxième jour 10 à 20 gr., le troisième jour 40 à 50 gr., le quatrième jour 50 à 60 gr., du cinquième au trentième jour 60 à 75 gr., le deuxième mois 90 à 105 gr., etc. M. le Dr *Variot* conseille, surtout dans les premiers jours de la vie, de suivre la pratique prudente de Ssnitkin et de Morgan Rotch et d'augmenter très lentement les quantités de lait, en se rapprochant, autant qu'il est possible, des conditions physiologiques.

A ce propos, nous rappellerons, avec M. le Dr *Marfan*, quelles sont les règles indispensables à observer dans la stérilisation domestique du lait :

Etes-vous dans le voisinage d'une source de lait qui offre les garanties désirables, et pouvez-vous soumettre le liquide à l'action de la cha-

leur, quelques instants après la traite ? Usez alors de la méthode de Soxhlet, ou usez de l'ébullition, qui est presque aussi bonne, si vous assurez la parfaite propreté des vases, des biberons et des tetines ; dans les deux cas, que le lait soit consommé dans les vingt-quatre heures. Mais êtes-vous éloigné de la source du lait et ne pouvez-vous soumettre le liquide à l'action de la chaleur que plusieurs heures après la traite, repoussez la méthode de Soxhlet, repoussez l'ébullition. Alors, la seule ressource possible, c'est le lait stérilisé dans l'industrie. Ce lait soumis au surchauffage aussitôt après la traite se conserve très bien pendant plusieurs jours.

En résumé, la règle qui doit dominer toutes les pratiques de stérilisation est la suivante : le lait doit être soumis à l'action de la chaleur le plus tôt possible après la traite. C'est de la violation de eette règle que viennent les terribles accidents de la gastro-entérite. Est-il besoin d'insister sur la nécessité de la propreté absolue des vases utilisés ?

Traitement général du tabès

D'après la *Revue internationale de médecine et de chirurgie*, M. le professeur *Erb* est un partisan convaincu du traitement antisyphilitique, attendu que, d'après ses observations, le tabes est dans la grande majorité des cas une conséquence plus ou moins directe de la vérole. Il est convaincu, d'autre part, que ce traitement, quand il est institué avec les précautions d'usage et dans les cas où il est indiqué, il est d'abord exempt de tout inconvénient, et en outre il est souvent d'une utilité incontestable.

D'après Erb, le traitement antisyphilitique est indiqué dans les conditions suivantes. Au début de l'affection spinale, quand la syphilis ne remonte pas à une période très éloignée ; lorsqu'il existe encore des manifestations syphilitiques du côté de la peau, des muqueuses ou des os, ou bien dans les eas qui sont compliqués de symptômes de syphilis cérébrale ou méningée ; enfin chez les sujets ayant été soumis, à l'époque de leur vérole, à un traitement spécifique insuffisant.

La médication antisyphilitique est contre-indiquée dans les cas de tabes invétéré, et chez tous ceux qui présentent de l'intoléranee à l'égard du mercure et de l'iodure de potassium.

Comme traitement antisyphilitique, M. Erb donne la préférence aux frictions à la dose quotidienne de 4 à 6 grammes d'onguent napolitain. Après un traitement de 30 à 40 jours, on suspend le traitement pour y revenir au bout d'un intervalle de quatre mois à un an. Dans les intervalles du traitement mercuriel il conseille l'iodure de potassium à la dose de 1 gr. 50 à 4 grammes par jour. Ce médieament est particulièrement indiqué, quand il y a des douleurs fulgurantes, des névrites périphériques, et enfin, dans les cas compliqués de manifestations syphilitiques tertiaires.

M. Erb n'insiste pas sur les agents physiques, tels que les cures balnéaires, le massage, la gymnastique et la suspension qui méritent tous d'être employés selon les eas : et parmi les médicaments, il en est deux d'une efficacité incontestable d'après son expérience, ce sont : le nitrate d'argent et la strychnine.

Pour en obtenir toute l'action qu'il est susceptible d'exercer, le nitrate d'argent doit être employé pendant plusieurs années d'une façon intermittente. M. Erb le donne en pilules, associé à de l'extrait alcoolique de noix vomique, à la dose de 0 gr. 03 à 0 gr. 05 centigr. par jour, plusieurs mois de suite, en suspendant de temps en temps son usage durant quelques mois. Le malade doit absorber de 8 à 12 gr. de sel argentique dans le courant de deux à quatre années. On peut aussi administrer le médicament en question dans les intervalles du traitement mercuriel. Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que le nitrate d'argent, tout comme le mercure, possède à son actif des cas incontestables de guérison durable et complète ou presque complète du tabes.

La strychnine a également donné de bons résultats à M. Erb, qui a pu se convaincre que, outre l'influence favorable qu'elle exerce sur la vessie et les fonetions sexuelles, cette substance est susceptible de produire chez les tabétiques une amélioration générale. On l'administre soit par la voie sous-cutanée à la dose de 0 gr. 002 mil. à 0 gr. 01 cent., soit par la bouche, sous forme de teinture ou d'extrait alcoolique.

Enfin, M. Erb a coutume de prescrire aux tabétiques, les pilules toniques ci-dessous formulées, dont les malades se montrent généralement fort satisfaits :

Lactate de fer................	3 à 5 grammes.
Extrait aqueux de quinquina..	4 à 5 —
Ext. alcoolique de noix vomiq..	0 gr.40 à 0 g. 80
Extrait de gentiane..........	Q. s.

Mêlez et divisez en 100 pilules. — A prendre : une ou deux pilules, trois fois par jour, après les repas.

Telles sont, d'après le professeur d'Heidelberg les grandes lignes qu'il convient de suivre dans la thérapeutique générale du tabes, lorsqu'il n'est pas encore à un stade trop avancé.

Traitement de la dysentérie.

On distingue généralement 4 formes de dysentérie : la forme bilieuse, la forme fébrile, inflammatoire, la forme rhumatismale avec manifestations arthralgiques, la forme intermittente paludéenne.

Dans la question du traitement, il faut envisager d'abord la prophylaxie, ensuite le traitement de l'attaque.

Comme prophylaxie, il faut surtout désinfecter les selles des malades et les isoler ; il faut de plus surveiller l'eau potable, la faire bouillir en temps d'épidémie et ne pas séjourner longtemps dans les pays marécageux ; il est possible, en effet, que la dysentérie se communique par l'air comme la malaria. Une deuxième condition indispensable de bonne prophylaxie est l'observation d'une hygiène bien stricte en ce qui concerne les exercices du corps, l'abstention d'excès, la protection contre les variations de température.

Une vie réglée, des repas ni trop copieux ni trop fréquents, éviter l'abus des fruits et en général tout ce qui peut provoquer un flux diarrhéique, porte d'appel pour la dysentérie, éviter surtout l'excès de boissons alcooliques, vers lesquelles on est trop porté dans les pays chauds à cause de la soif ardente, ne pas trop se dévêtir surtout la nuit (il est bon de porter une cein-

ture de flanelle serrant le ventre), telles sont les principales précautions à observer.

Quand la dysentérie a éclaté, il faut aider, pour ainsi dire, au flux diarrhéique qui débarrasse l'intestin des microbes, bien loin de chercher à l'arrêter au moyen de l'opium. Trousseau mettait déjà en garde contre ce dernier remède et indiquait qu'on ne devait le donner que pour calmer les douleurs et jamais l'administrer seul.

Comme purgatif, on aura recours aux médicaments qui sont en même temps antiseptiques. L'ipéca jouit surtout d'une réputation justifiée et paraît être le meilleur antidysentérique.

Pringle le prescrivait à la dose de 25 centigrammes et il réitérait celle-ci deux ou trois fois le même jour, jusqu'à ce qu'il eût provoqué un vomissement, ce qui avait communément lieu après la troisième prise.

Dujardin-Beaumetz recommande d'administrer l'ipéca suivant la méthode brésilienne de la façon suivante : on prend 8 grammes d'ipéca concassé, on les met infuser dans 200 grammes d'eau, on filtre, et on administre par cuillerée à bouche toutes les 2 heures, le premier jour ; le deuxième jour, on reprend les 8 grammes qui ont servi et on les fait infuser de nouveau dans 200 grammes d'eau, on décante une deuxième fois et on prend cette infusion le deuxième jour ; le troisième jour, toujours sur les 8 grammes, on verse 200 grammes d'eau bouillante, on ne décante pas, on mélange la racine d'ipéca avec le liquide et le tout est pris par cuillerée à bouche. Si les garde-robes ne sont pas modifiées, on recommence cette série, jusqu'à ce que la bile paraisse dans les garde-robes.

Delioux de Savignac recourt de préférence à la formule suivante :

Poudre d'ipéca........... 4 grammes.
Faire bouillir cinq minutes dans :
Eau....................... 300 grammes.
Filtrez, ajoutez à la liqueur :
Sirop d'opium............ 30 grammes.
Hydrolat de cannelle.... 30 —

A prendre par cuillerées d'heure en heure. Ralentir en cas de nausées ou de vomissements.

Cette préparation est moins forte que la précédente. *On la préférera* dans les cas de dysentérie moyenne, mais surtout chez les sujets nerveux, ayant des tendances aux vomissements et se plaignant de fortes douleurs. L'opium, en effet, associé à l'ipéca sera avantageux en ces cas.

On pourrait substituer à l'ipéca, la racine d'ailante, arbre aujourd'hui commun en France. Cette médication est évidemment inférieure, mais il est utile de la connaître, car en cas de guerre européenne, où des millions d'hommes se heurteront, on pourrait être heureux d'avoir sous la main, un remède, si par hasard l'ipéca venait à manquer, en cas d'épidémie grave.

On pile 20 à 40 grammes de cette racine fraîche dans un mortier avec 5 ou 6 cuillerées d'eau chaude, on passe le tout à travers un linge et on prend par cuillerées à soupe.

Pour atténuer le dégoût amené par l'infusion de l'ailante, Giraud, médecin de la marine, la prescrit selon la formule suivante :

Infusion d'ailante..... 15 à 20 grammes.
Eau de fleurs d'oranger 10 —
Sirop de sucre........ 20 —

A renouveler trois ou quatre jours de suite.

Le calomel, ce merveilleux purgatif antiseptique, a été également employé avec succès.

Le Dr Maget, médecin de la marine, l'a associé à l'ipéca dans les pilules suivantes :

Calomel..................... 60 centigr.
Poudre d'ipéca............... 40 —
Extrait d'opium............. 5 —

F. s. a. Six pilules et prendre une pilule toutes les deux heures.

En général, dit-il, les selles commencent à devenir consistantes au bout de quarante-huit heures de l'emploi des pilules au calomel.

Dans les cas graves, on continue le traitement pendant quatorze ou seize heures, allant ainsi jusqu'à sept ou huit pilules, si elles sont bien tolérées. A mesure que les selles augmentent, on diminue progressivement le nombre des pilules.

Si on craint l'intoxication mercurielle chez un sujet qui présenterait de l'intolérance pour ce médicament, on préférerait aux pilules Maget, celles de Segond qui les a empruntées à la pharmacopée coloniale anglaise :

Ipéca.................. 0,40 centigr.
Calomel................ 0,20 —
Extrait aqueux d'opium. 0,05 —
Sirop de nerprun...... Q. S

pour six pilules. Prendre une pilule toutes les 2 heures.

Le calomel est, en effet, ici à dose trois fois moindre que dans les pilules de Maget et le sirop de nerprun, qui est ajouté, a un utile effet purgatif. On devra cependant supprimer le calomel, dès qu'on apercevra le moindre symptôme de stomatite mercurielle et on le remplacera par la potion suivante :

Racine d'ipéca.............. 3 gr.
faire infuser dans
Eau................... ..... 150 gr.
Ajouter
Laudanum Sydenham....... XX gouttes.
Sirop de sucre............. 30 gr.

F. s. a. A prendre une cuillerée à soupe toutes les 2 heures.

Dans les cas de dysentérie gravé, on ne devra pas se borner aux purgatifs, il faudra attaquer l'agent pathogène par la voie rectale : lavements de bichlorure de mercure à 1/5000 deux ou trois fois par jour (deux cents grammes chaque fois) à garder seulement 10 minutes. Il est bon d'enduire la canule d'une solution de cocaïne pour éviter les épreintes douloureuses. Comme alimentation, on se borne à l'eau de riz, à l'eau albumineuse, aux panades (Trousseau).

Dans les cas de dysentérie chronique, on a recours aux lavements de nitrate d'argent, 20 à 50 centigrammes dans 250 gr. d'eau distillée. Le régime lacté et l'usage de la viande crue rendent de signalés services. Enfin, on pourra essayer le tannigène et l'orphol à la dose de 3 à 4 grammes en 24 heures, en cachets de 0,50 centigrammes.

MEDECINE PRATIQUE

Les sciatiques et leur traitement

C'est avec intention que nous avons écrit « les sciatiques » au pluriel, quoiqu'on ait l'habitude de dire « la sciatique ou encore la névralgie sciatique ». C'est qu'en effet, il n'y a pas une sciatique, mais un grand nombre de sciatiques variées d'origine, de durée, de pronostic, de traitement. Il ne faut pas vouloir identifier toutes les sciatiques et leur appliquer une formule unique, c'est un non sens. Le diagnostic de l'existence de la sciatique est élémentaire pour tout le monde, c'est celui de la cause et celui de la variété qui demande du flair et de l'étude. Nous allons essayer, après une revue rapide des diverses formes de la sciatique, ou plutôt de chacune des sciatiques, de montrer comment on pourra simplifier cette recherche du diagnostic causal et spécifique.

I

Classification des sciatiques.

Le grand nerf sciatique prend son origine dans le plexus sacré. Il s'étend de l'extrémité inférieure ou du sommet de ce plexus aux muscles de la région postérieure de la cuisse et à toutes les parties constituantes de la jambe et du pied. C'est le plus volumineux et le plus long de tous les nerfs de l'économie. Le tronc lombo-sacré et les quatres premières paires sacrées semblent converger et se grouper en un seul faisceau pour le produire. Ce nerf sort du bassin par la partie la plus inférieure de la grande échancrure sciatique, entre le bord inférieur du pyramidal et le jumeau supérieur qu'il croise à angle droit ; il descend ensuite verticalement entre la tubérosité de l'ischion et le grand trochanter, plus rapproché toutefois de la première de ces saillies que de la seconde. Il se place au centre des muscles de la région postérieure de la cuisse et se divise à son entrée dans le creux poplité en deux branches qui constituent : *le nerf sciatique poplité externe et le nerf sciatique poplité interne*. Ces nerfs, qui sont simplement accolés l'un à l'autre, se séparent souvent sur un point plus élevé et quelquefois même, dès l'origine du nerf sciatique.

Le sciatique poplité externe innerve les muscles des régions antérieures et externes de la jambe, la peau de la moitié externe de la jambe et la face dorsale du pied. Après avoir quitté le milieu du creux poplité, ce nerf descend obliquement en dehors, longe le bord postérieur du condyle externe, la partie correspondante de la tête du péroné, contourne en demi-spirale l'extrémité supérieure du corps de cet os, descend dans l'épaisseur du long péronier latéral, puis se partage en deux branches terminales : l'une externe, le *musculo-cutané*, l'autre interne, le *tibial antérieur*.

Le sciatique poplité interne innerve les muscles et la peau de la partie postérieure de la jambe, ainsi que les muscles et la peau de la plante du pied. Recouvert à partir de l'angle inférieur du creux poplité, par les muscles jumeaux et soléaire, il prend le nom de *nerf tibial postérieur* et s'insinue entre les muscles de la couche superficielle et ceux de la couche profonde de la partie postérieure de la jambe ; il longe le tendon d'Achille, contourne le bord postérieur de la malléole interne et se divise, sous la voûte du calcanéum, en nerf plantaire interne et nerf plantaire externe. Dans le creux poplité, le sciatique poplité interne donne cinq branches, dont une cutanée, le *saphène externe*, qui va sur le bord externe du pied ; trois nerfs musculaires et un *nerf articulaire* pour le genou.

Cette rapide revue anatomique nous a paru nécessaire pour bien remettre en mémoire à nos lecteurs, la distribution et la direction du nerf grand sciatique, dont nous étudions la pathologie.

Or, on nomme *sciatique* (par abréviation) une affection douloureuse siégeant sur le trajet du nerf sciatique, c'est-à-dire à la région postérieure de la fesse, de la cuisse et de la jambe. Longtemps, on a considéré cette affection comme une névralgie et l'on a même désigné l'affection sous le nom de névralgie sciatique. Mais la clinique et l'anatomie pathologique ont démontré que c'était là une interprétation erronée, pour un grand nombre de cas et qu'à côté des névralgies simples, il y avait les névrites ou inflammations des éléments constitutifs des tubes nerveux. (Landouzy.) Désormais, donc, il faudra entendre par sciatique aussi bien une névrite qu'une névralgie et pour qu'un diagnostic soit complet, il faudra qu'il stipule d'une manière précise *névrite ou névralgie sciatique* et non plus sciatique tout court. Il y a encore un point à établir dans la désignation de toute névrite ou de toute névralgie, c'est celui de l'étiologie. Comme pour le reste de la pathologie, il ne saurait y avoir intervention thérapeutique rationnelle et scientifique, sans établissement absolu de la cause de l'affection, et c'est précisément sur cette étude des causes des sciatiques que nous élèverons notre édifice de classification.

Au premier degré de notre échelle nous plaçons :

I, *la névralgie sciatique aiguë simple, a frigore ou traumatique*.

Puis viennent :

II, *les névralgies sciatiques subaiguë et chronique*.

A. par compression (Grossesse. Tumeurs. Fractures.)

B. par traumatisme (Coups violents, positions vicieuses prolongées).

C. rhumatismale et hystérique.

Dans la catégorie des névrites rentrent :

III, *la névrite sciatique aiguë infectieuse*, (blennorrhagie, grippe, dothiénentérie, scarlatine, pyohémie, diphthérie, variole).

IV, *la névrite sciatique subaiguë des variqueux*.

V, *la névrite sciatique chronique des syphilitiques, des tuberculeux, des impaludiques*.

VI, *les névriques sciatiques toxiques* : (Saturnisme, Hydrargyrisme, etc., Urémie. Glycosurie).

Tel est le cadre étendu dans lequel doivent rentrer tous les cas observés dans la pratique. Il nous reste maintenant à justifier ces distinctions, en indiquant les moyens d'en faire le diagnostic exact.

II

Diagnostic des sciatiques.

Rien n'est plus facile que de reconnaître l'existence d'une sciatique : le patient se plaint de ne

pouvoir marcher, ni se relever après s'être assis, sans éprouver une vive douleur dans la fesse, la cuisse et la jambe d'un même côté; exceptionnellement, il se plaint des deux côtés quand les deux membres sont atteints. A l'inspection de la jambe et de la cuisse du côté malade, on ne remarque rien d'anormal. La marche est pénible et s'effectue en boîtant, ou en traînant le membre: l'extension complète est douloureuse (Lasègue), la flexion améliore la situation. En palpant le membre atteint, on fait naître de vives douleurs, en pressant sur tel ou tel point particulièrement. Tout d'abord les douleurs sont *à la région postérieure* du membre et non en avant, ce qui est une différence capitale entre la sciatique et la névralgie crurale ou la névralgie obturatrice (qui siègent en avant et en dedans). Les points les plus douloureux à la pression sont ceux où le sciatique a un trajet superficiel ou au contact d'un os. Le premier point d'exacerbation douloureuse à la pression est le bord de la grande échancrure sciatique (*point fessier*); le 2e point est le *point trochantérien* en arrière du grand trochanter fémoral; 3° les *points fémoraux*; le 4e est le *point poplité*, moins facile à provoquer que les deux premiers; il faut pour cela comprimer avec plusieurs doigts profondément dans le milieu du jarret. Enfin les derniers points particulièrement douloureux à la pression sont: *le point péronier* (autour de la tête du péroné) *le point malléolaire externe* et *le point plantaire*. Il n'est pas indispensable que l'on ait constaté tous ces points pour affirmer l'existence de la sciatique; fréquemment on n'en constate qu'un ou deux, par exemple les points fessier et trochantérien. La douleur de la sciatique est continue et paroxystique; elle éclate sous forme d'*accès* que réveillent la marche, la chaleur du lit et les mouvements pour se lever d'un siège; les élancements douloureux partent des divers points signalés et sillonnent le membre en différentes directions (pied, jambe, genou, cuisse, fesse). Au moment des accès, les irradiations douloureuses sont fréquentes; elles suivent les branches collatérales du plexus sacré, les branches du plexus lombaire et les nerfs intercostaux. En dehors des accès, le malade éprouve une sensation d'endolorissement, d'engourdissement, de fourmillement, de brûlure. La peau est hyperesthésiée ou au contraire anesthésiée si la névralgie est chronique.

Le malade se plaint assez souvent de crampes, de secousses douloureuses, dans les muscles de la jambe et de la cuisse.

Dans les cas de *névrite*, il y a outre les douleurs qui sont progressives et continues, une notable anesthésie et une non moins grande parésie musculaire; il y a de l'*atrophie musculaire* et de l'hypertrophie graisseuse cutanée.

L'injection hypodermique de chlorhydrate de pilocarpine provoque une sudation qui est notablement retardée et augmentée du côté malade par rapport au membre sain. Enfin, l'électricité sous forme de courants continus permet de constater la réaction dite de dégénérescence qui caractérise l'atrophie musculaire, même non apparente à l'œil ou à la mensuration.

Les points douloureux signalés plus haut ne sont pas nettement tranchés: tout le nerf est douloureux et dur à la palpation profonde, derrière la cuisse et le jarret. On observe des troubles trophiques fréquents: le glossy-skin, état luisant de la peau, le zona, les phlyctènes purulentes et les ulcérations, le changement de coloration des poils, leur croissance exagérée, la striation des ongles du pied ou leur atrophie et leur chute, enfin l'œdème plus ou moins marqué du tissu cellulaire sous-cutané, l'arthrite du genou ou de l'articulation tibio-tarsienne et l'atrophie osseuse. En ce qui concerne l'atrophie musculaire, dont nous parlions plus haut, Guinon et Parmentier ont montré que cette atrophie pouvait rester localisée dans le territoire innervé par le sciatique poplité externe. Les réflexes sont d'abord exagérés: on peut provoquer une sorte de spasme, au début de l'affection; mais l'impotence fonctionnelle se montre bientôt et avec elle, la diminution des réflexes.

On a noté encore des troubles vaso-moteurs importants: aspect violacé du membre, sueurs et refroidissement, enfin une polyurie extrêmement marquée (Debove, Rémond, Huchard). M. Brissaud a particulièrement insisté sur les scolioses que provoque la sciatique névritique, tantôt croisées par rapport à la lésion du nerf sciatique, tantôt homologue, c'est-à-dire du même côté que la lésion. M. Brissaud décrit une *névrite sciatique spasmodique* avec exagération du réflexe rotulien et trépidation épileptoïde, qui donne lieu à une scoliose homologue; au contraire la sciatique non spasmodique donne lieu plutôt à une scoliose croisée (du côté opposé). D'après Bruhl et Soupault, le côté de la scoliose dépend du siège même des lésions: si le sciatique seul est atteint, le malade évite de marcher du côté malade et de tendre son nerf, d'où scoliose croisée: si le plexus lombaire est pris, le malade évite de tirailler les muscles et se penche du côté atteint (scoliose homologue). Parfois, on a observé de la cyphose ou de la lordose dans les névrites sciatiques rebelles.

La marche de ces affections est très variable. La névralgie est généralement de courte durée et peut se terminer brusquement par la guérison. La névrite a une marche lente et une longue durée. Son passage à l'état chronique est fréquent et sa ténacité est légendaire. Même dans le cas de guérison, il faut se souvenir que les récidives sont fréquentes.

Avant d'aborder la question du diagnostic proprement dit, il faut bien se souvenir que la sciatique peut ne siéger que sur une partie du nerf et que d'autre part, elle peut envahir les deux côtés symétriques et être double (sciatique double primitive. Charcot).

Les affections qui peuvent faire croire à une sciatique sont peu nombreuses: *le rhumatisme* est rarement localisé à la partie postérieure d'un membre comme la sciatique; *la coxalgie*, fréquente chez l'enfant tandis que *la sciatique* n'atteint pas cet âge, s'accompagne d'immobilisation du bassin, de claudication et de points douloureux à l'aine par la pression et les mouvements de flexion; *la sacro-coxalgie* a des points douloureux articulaires très nets et ne se propage pas derrière la cuisse; *le mal de Pott* s'accompagne de gibbosité, d'abcès, de paralysies vésicales, intestinales, d'exagération des réflexes; *la périostite du fémur* se traduit par une douleur bien limitée, sans irradiations, et le gonflement osseux profond peut parfois être

perçu. *Les abcès de la fosse iliaque*, la *psoïtis*, les *douleurs des ataxiques*, ne ressemblent guère à la sciatique, il faut seulement y penser pour éviter de faire une erreur aussi grossière.

Une petite difficulté de diagnostic est celle du *lombago aigu* et *de la sciatique* : on dit généralement dans les ouvrages de pathologie, que dans la sciatique, le malade indique la douleur avec le doigt ; dans le lombago, dit-on, il l'indique avec la main. Si le malade était toujours intelligent et instruit, oui, mais c'est rare, cette distinction est donc illusoire.

Pour ne pas se tromper, il faut explorer lentement, méthodiquement, anatomiquement les lombes puis la fesse et le grand tranchanter du côté douloureux. Les doigts enfoncés systématiquement dans les régions connues anatomiquement sauront suffisamment différencier la douleur du rhumatisme musculaire, celle de l'arthrite lombaire vertébrale et celle de la sciatique vraie, descendant le long de la cuisse.

Il nous paraît inutile de dire qu'il est presqu'impossible de confondre la *névralgie crurale* avec la sciatique, l'une siége en avant, l'autre en arrière de la cuisse.

Quant au diagnostic différentiel de la nature des sciatiques, nous nous sommes étendus à dessein sur le chapitre des symptômes pour en simplifier l'étude.

La forme névralgique est tout d'un coup très douloureuse, avec paroxysmes, mais ne s'accompagne point de troubles trophiques, ni atrophiques.

La forme névritique est progressive, sans paroxysmes douloureux, mais avec continuité désespérante des douleurs, troubles trophiques, vaso-moteurs, atrophiques, tendance à la chronicité ou aux récidives.

Les causes doivent être patiemment recherchées avant l'essai du moindre traitement : le rhumatisme, le froid, le traumatisme, les compressions externes et internes par des tumeurs, fractures ou luxations, (anévrysmes, ganglions, exostoses, tumeurs de la prostate, cancers, accumulations stercorales), les maladies infectieuses (blennorrhagie, grippe, fièvre typhoïde, variole, diphthérie), les intoxications saturnines et mercurielles, les dyscrasies et maladies chroniques (syphilis, diabète, phthisie, impaludisme,) enfin, les lésions centrales médullaires, qui donnent plus généralement lieu à des sciatiques doubles, et s'accompagnent d'autres troubles médullaires.

L'hystérie est aussi une cause de sciatique et peut-être est-elle fréquemment la véritable origine de sciatiques dites réflexes, spasmodiques, etc.

Les variqueux ont des sciatiques particulièrement tenaces et localisées à certains territoires isolés du membre inférieur. Pour M. Quénu c'est la présence de varices dans les veines du nerf sciatique qui cause cette affection et entretient sa longue durée. Dans la tunique et les enveloppes du gros nerf se trouvent en effet des veinules qui peuvent devenir elles-mêmes variqueuses et s'enflammer.

III

Traitements.

Les traitements préconisés sont nombreux, mais nous nous garderons bien de les énumérer, pour ne citer ici que les bons.

Tout d'abord, ils doivent être subordonnés au diagnostic exact anatomique et étiologique. Contre la *névralgie aiguë*, le remède absolument souverain est le siphonage au chlorure de méthyle (Debove, Tenneson), à condition que la pulvérisation soit très rapide, très étendue en surface et non en profondeur, et avec un jet puissant comme le fournissent les siphons métalliques industriels. La congélation produite atteint 15° et la peau devient blanche et dure comme une carapace. Il est capital de ne pas laisser le jet immobile à la même place et le siphonage de tout le membre inférieur ne doit pas durer plus de 5 à 6 secondes avec le maximum de jet. La lenteur et l'application prolongée en un même point produisent des eschares profondes, douloureuses, qui mettent des semaines à guérir.

Après le siphonage, la peau devient rouge, puis se marque d'une traînée foncée, rouge vineux, accompagnée de sensations de brûlure et de picotements ; on y remédie en saupoudrant de poudre d'amidon. Le malade doit être guéri instantanément.

En ce qui concerne les névrites, on obtient beaucoup d'échecs avec le siphonage, surtout, si la névrite est ancienne. Le mieux est alors de recourir aux injections hypodermiques systématiques de morphine et d'atropine : toutes les six heures, un demi centimètre cube de solution ainsi formulée :

Sulfate neutre d'atropine...	0,01 centigr.
Chlorhydrate de morphine..	0,10 centigr.
Eau stérilisée bouillie......	10 cent. cubes.

G. Sée a préconisé les injections hypodermiques d'antipyrine, environ 1 gramme toutes les 2 heures jusqu'à 4 grammes en 24 heures.

Toutes ces injections doivent être faites sur le trajet même du nerf.

A l'intérieur, on ne doit donner que des préparations subordonnées à la cause même de la sciatique : *salicylate de soude et antipyrine*, s'il s'agit de rhumatismes, *iodure de potassium*, s'il s'agit d'affection médullaire, *mercure en frictions externes et en sirop de Gibert*, s'il s'agit d'une manifestation syphilitique, *bromure de potassium* contre l'hystérie, *sulfate et valérianate de quinine*, si c'est une sciatique paludique, *antipyrine et bicarbonate de soude*, s'il s'agit du diabète ; contre les compressions par grossesse, il n'y a que le repos et les remèdes locaux (piqûres de morphine), contre les tumeurs, il peut y avoir lieu à intervention chirurgicale, enfin, M. Quénu soulage les sciatiques variqueuses par l'application d'un bas élastique et les guérit même par la résection des veines variqueuses du membre malade.

Les pointes de feu, les vésicatoires, et tous les liniments calmants sont des palliatifs et même ces moyens échouent souvent comme palliatifs.

Les bains sulfureux sont applicables aux sciatiques par intoxication métallique ; les douches, les bains de vapeur donnent rarement des résultats. Les cures d'eaux minérales sont quelquefois bonnes quand on soupçonne le rhumatisme, le diabète.

Enfin, l'électricité sous forme de courants gal-

vaniques continus (pôle négatif aux reins, pôle positif promené sur les points douloureux sans le détacher de la peau) est généralement la dernière ressource à laquelle on a recours ; et elle amène fréquemment la guérison de névrites tenaces. Les courants alternatifs ne sont indiqués que pour combattre l'atrophie musculaire. Sous forme de pinceau électrique, Duchenne, de Boulogne, employait ces courants en fustigations électriques.

Quand la sciatique a résisté à tous ces moyens, le chirurgien peut intervenir pour pratiquer l'élongation du nerf.

Dr Paul HUGUENIN.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

I

NOMS DES MÉDICAMENTS. PROPRIÉTÉ. MONOPOLE. NOUVELLE LOI SUR LA PHARMACIE. DISPOSITION A INSCRIRE DANS CETTE LOI.

On sait que les pharmaciens, les médecins et les malades sont, aujourd'hui, exploités par les possesseurs de noms prétendus scientifiques appliqués à des produits récents ; mais ce que l'on ne sait peut-être pas assez, c'est que cette exploitation cause un préjudice grave à l'art de guérir.

Les allemands, ont réalisé chez nous, de gros bénéfices, en spécialisant sous une dénomination en INE des médicaments, dont la formule est connue.

Au dernier congrès pharmaceutique de Marseille, M. Petit a examiné de près cette question.

Jusqu'ici, en matière pharmaceutique, les tribunaux avaient décidé que la loi de 1857 n'avait pas son plein effet, quand il s'agissait de médicaments, et qu'il y avait nécessité d'empêcher que les malades ne fussent exploités au moyen du monopole des marques de fabrique. (Arrêt, 12 janvier 1857. Hureaux et Charpentier contre Paul Gage. Arrêt 31 janvier 1860 ; affaire Giraudeau de Saint-Gervais contre Charpentier et Cie. Arrêt 19 mars 1885 ; Genevoix et Blaquart contre Fouché.)

On avait décidé, dans ces divers arrêts, que réserver à l'inventeur le droit exclusif de se servir de la dénomination d'un produit, ce serait maintenir à son profit, pour l'annonce et le débit de ce médicament, un monopole que la loi lui refuse et, par conséquent, on ne lui reconnaissait pas ce droit.

Malheureusement la jurisprudence a changé depuis, et est actuellement bien défavorable au développement de l'industrie. Mais la Cour de Cassation ne s'est pas encore prononcée et nous espérons qu'elle maintiendra les principes proclamés d'une façon si claire.

En effet, si la Cour de Cassation revenait sur ces principes, si elle reconnaissait le nom d'un médicament comme constituant une propriété, les conséquences de cette jurisprudence seraient ruineuses pour la pharmacie. Si les propriétaires de marque triomphaient, les pharmaciens ne pourraient employer le nom déposé qu'avec l'approbation explicite du déposant. Le propriétaire de la marque pourrait autoriser ou interdire l'emploi de cette marque. Il se créerait alors de véritables monopoles.

La reconnaissance d'un droit au profit du déposant aurait une autre conséquence fâcheuse.

Comme il n'est pas nécessaire d'être pharmacien et français pour devenir propriétaire, en France, d'un médicament important, la marque, dans ce cas, couvrirait de véritables remèdes secrets.

D'où des dangers pour les malades, avec une loi faite pour le commerce général libre et non pour une profession aussi étroitement réglementée que la pharmacie.

Pour remédier à ces inconvénients, il faudrait pouvoir faire inscrire dans le projet de loi sur l'exercice de la pharmacie, une disposition résumant le vœu proposé par M. Petit et adopté par les membres du Congrès pharmaceutique de Marseille :

« Les dénominations des médicaments restent dans le domaine public et ne peuvent faire l'objet d'une propriété privatrice, ni constituer à elles seules, une marque de fabrique. »

II

MARCHANDS D'EAUX MINÉRALES. — SYNDICAT PROFESSIONNEL. — COALITION. — AGISSEMENTS ILLICITES. — DOMMAGES-INTÉRÊTS.

La loi du 21 mars 1884, en donnant aux personnes, qui exercent la même profession ou des professions similaires, le droit de constituer des syndicats a-t-elle eu pour effet de rendre licite une coalition formée en vue d'opérer vis à vis d'un tiers, une hausse du prix de certaines marchandises au-dessus du prix qu'aurait déterminé la concurrence naturelle et libre du commerce ?

La question vient d'être portée récemment devant la Cour d'appel de Lyon et tranchée conformément à l'équité, dans le sens de la négative.

M. Germain-Pernet, marchand d'eaux minérales à Lyon, voyait, depuis 1892, son commerce ruiné par les agissements de plusieurs négociants qui, se fondant sur la loi du 21 mars 1884, avaient constitué un syndicat professionnel ayant pour but d'accaparer sur le marché lyonnais la vente des eaux minérales naturelles et d'en fixer le prix. Il déposa une plainte contre eux. Le tribunal correctionnel les reconnut coupables du délit de coalition et la Cour confirma ce jugement.

Voici les principaux considérants de l'arrêt confirmatif :

« Attendu que les prévenus ont formé entre eux dans le courant de l'année 1891, un syndicat sous le nom de *Chambre syndicale des eaux minérales gazeuses naturelles et artificielles* ; qu'ils ont fixé les conditions du tarif auquel les membres de ce syndicat seraient tenus de vendre les eaux, et, se sont soumis d'avance, en cas d'infraction aux conditions de ce tarif, à l'application de diverses pénalités, parmi lesquelles l'exclusion du syndicat ; qu'ils se sont en outre engagés à ne pas vendre d'eaux aux marchands qui ne feraient pas partie de leur syndicat ; qu'ils se sont enfin entendus avec les propriétaires de sources et leur ont fait prendre l'engagement de ne vendre des eaux qu'aux marchands qui seraient membres de ce syndicat.

Attendu qu'il y a là une coalition frauduleuse............

Attendu que, par ces moyens frauduleux, le sieur Germain-Pernet s'est vu refuser d'une façon absolue, par plusieurs propriétaires, la continuation de la vente de ces eaux, tant qu'il ne ferait pas partie de ce syndicat ; que le sieur Germain a dû s'adresser à des intermédiaires pour alimenter son commerce et que le prix de revient a été plus élevé pour lui que pour les concurrents......

Que, par suite, les prévenus ont commis le délit prévu par les articles 419 et 420 du Code Pénal......

Condamne les prévenus à payer au sieur Germain, la somme de 10,000 francs à titre de dommages-intérêts.

Nous avons tenu à citer cet arrêt, parce que la question de la vente des eaux minérales intéresse aussi bien les malades que tous ceux qui, à un titre quelconque, pratiquent l'art de guérir.

Gaston Thomas.
Conseil judiciaire du Concours médical.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

DÉCLARATION ET DÉSINFECTION.

Embarras du médecin traitant et rôle du médecin de l'état civil, au sujet de la déclaration et de la désinfection des maladies contagieuses. — Quelques cas particuliers.

I

Diphtérie ? — Que faire ?

Le 21 novembre 1894, dans la soirée, nous sommes appelé auprès de deux enfants paraissant avoir d'abord la même maladie : C. Louis, 8 ans, route de Vitry, 14 à Ivry, et Pachert, 11 mois, élevé au sein par sa mère.

Tous deux, laryngite croupale.

L'enfant P. toussait *depuis quelques jours*, et avait été pris de toux avec crises de suffocation, dans la nuit du 20 au 21.

Le lendemain 22, l'enfant C. est guéri, mais l'enfant P. a passé une mauvaise nuit : la toux et la voix sont croupales, le facies anxieux, la gorge, amygdales et piliers un peu rouges, un peu de cyanose, 38° matin. Tette bien.

Nous conseillons aux parents de porter l'enfant à l'hôpital Trousseau.

A cette époque, ni vaccin Roux, ni facilités pour rechercher par la culture, la nature du mal.

A Trousseau, on dit à la mère que l'enfant a un gros rhume, et comme elle allaite, on lui conseille d'aller à la crèche de Lariboisière.

Cette femme préfère revenir chez elle.

Le 23, l'enfant paraît aller un peu mieux. La toux croupale a disparu, mais la respiration est fréquente, la face blafarde, — un peu d'engorgement ganglionnaire cervical bi-latéral.

Le 24, même état, la fièvre augmente. 39° m. Somnolence, respiration fréquente, quelques râles de bronchite, mais absence des symptômes principaux de bronchite capillaire et de congestion pulmonaire ; amygdales et piliers plus rouges que la veille ; gonflement du cou plus prononcé.

L'enfant meurt après quelques heures de convulsions à 3 h. du matin le 26, après cinq jours de maladie.

Nous croyons avoir eu affaire à la diphtérie d'autant plus qu'il y en avait des cas dans le voisinage.

Si donc, c'était bien la diphtérie, on voit les difficultés du diagnostic et de la pratique médicale.

Aujourd'hui, le contrôle bactériologique eût été facile, et la question résolue. Et pourtant, aujourd'hui encore, dans bien des cas, à la campagne surtout, la clinique est la seule ressource de diagnostic, et alors que faire dans ces cas douteux ? Déclarer ? Désinfecter ?

Médecin traitant et médecin de l'état civil, nous n'avons fait ni l'un ni l'autre, nous en rapportant — peut-être à tort, — au diagnostic porté à l'hôpital Trousseau.

II

Scarlatine. — Avons-nous bien fait de faire désinfecter ?

Le 22 avril 1895, nous voyons Madame Emile H... : fièvre et mal de tête depuis hier, angine sans enduits. 40° m. Diagnostic : angine, grippe.

Le 24, l'angine va mieux, c'est-à-dire que les amygdales sont moins gonflées, moins rouges, mais 6 à 8 points de dépôts pultacés sur chacune d'elles. Fièvre et mal de tête persistent. 40° 5 s.

Le 25, la gorge va mieux, mais il y a anxiété, agitation, terreur, mal de tête violent. 40° m. S'est levée la nuit, probablement en délire, a bu froid, et a fait une chute : contusion de l'angle externe de l'œil droit.

Le 26, *un autre* médecin est appelé ; constate, paraît-il, fièvre, angine gangréneuse, langue rouge, sèche, enduits fuligineux, râles, plaques rouges sur les bras et en avant de la poitrine. Il s'agit probablement d'une scarlatine maligne, d'une intoxication scarlatineuse.

N'ayant pu diagnostiquer ferme, pas de déclaration.

Notre confrère ne déclare rien non plus.

Comme médecin de l'état civil, nous rentrons dans la maison. Nous faisons notre enquête et ordonnons la désinfection.

Avons-nous bien agi ? Le médecin de l'état civil, a-t-il pour mission de s'occuper de la désinfection ? Nous ne le pensons pas. Très souvent il constate des décès survenus à la suite de maladies contagieuses non déclarées par le médecin traitant. Le rôle du médecin de l'état civil, dans ces cas, est de se taire ; sinon il accuse des confrères de non déclaration, et la recherche de la non déclaration appartient à l'autorité publique.

Dans notre cas, nous avions été médecin traitant au début et, à ce titre, nous avons pu agir. Nous étions en droit de penser que si notre confrère n'avait point déclaré, c'est qu'il avait cru que nous l'avions fait.

III

Une épidémie de maison de fièvre scarlatine. — Utilité des désinfections.

Le 29 juillet 1895, chez M. B..., un enfant est atteint de fièvre scarlatine. Marche et durée habituelles de l'éruption.

Partant en congé le 2 août, nous recomman-

dons à notre remplaçant de faire la déclaration, puis de faire désinfecter au moment de la desquamation. La recommandation est oubliée.

L'enfant est atteint de néphrite albumineuse avec œdème généralisé, etc. Guérison presque complète le 10 septembre 1895.

Au-dessus du logement de ce premier malade, une enfant de dix mois est atteinte de fièvre scarlatine le 5 septembre

Une jeune fille de 15 ans, dans la même famille, idem.

Nous déclarons ces cas et demandons la désinfection.

La famille *refuse*, parceque *le bas* n'avait pas été désinfecté, et ajoute-t-on, *l'air d'en bas monterait quand même*. On laissera désinfecter, si le bas est désinfecté...

Logique étonnante chez des ouvriers et que l'on pourrait donner comme modèle aux médecins.

Le 9 septembre, quatrième cas de fièvre scarlatine dans la même maison, chez une jeune fille de 13 ans. Guérison.

La désinfection, faite à temps, eût peut-être empêché cette épidémie de maison, et la propagation en des endroits inconnus...

Cette relation démontre l'utilité et la nécessité des désinfections, tout aussi bien que peut le montrer l'arrêt sur place d'une épidémie, après désinfection faite à l'apparition du premier cas contagieux.

Une question se pose toujours au sujet de la fièvre scarlatine. Quand faut-il désinfecter ? et faut-il désinfecter plusieurs fois ?

IV

Scarlatine. — Utilité des désinfections. — Quand faut-il les faire ?

Les époux L., ayant trois enfants, habitent une baraque en pierre sèche datant de trois ans.

Un enfant de sept ans, Jacques, est pris d'une fièvre scarlatine violente le 25 juillet 1894.

Cette maladie a probablement été importée de Paris, par une tante venue dans la maison, en convalescence de fièvre scarlatine datant d'*un mois*.

Nous faisons éloigner les deux autres enfants, puis on désinfecte trois jours après l'éruption terminée.

Huit jours après la désinfection, la mère est prise d'une violente angine pultacée puis phlegmoneuse, double. Elle guérit en sept jours. *Pas d'éruption scarlatineuse.*

Le père, quelques jours avant la guérison de la mère, est pris d'une angine inflammatoire qui guérit en quelques jours, *sans éruption scarlatineuse*.

Les autres enfants, rentrés vingt jours après l'éruption de leur frère, *n'ont rien eu*.

Avons-nous fait désinfecter au moment opportun ? Quand faut-il désinfecter dans ces circonstances ? faut-il désinfecter plusieurs fois ?

V

Variole. — Cas de mort volontaire... — Désinfection et revaccination doivent marcher de pair.

Aujourd'hui, on a la variole un peu... et même beaucoup par sa faute.

Exemple : Le 1er août 1894, un sieur B... H... 23 ans, vacciné, est atteint de variole. Reste à l'hospice des varioleux à Aubervilliers du 2 au 26 août. Guérit. C'est un garçon marchand de vins. Après son départ à Aubervilliers on désinfecte à l'étuve la chambre qu'il occupait.

Le personnel composant la maison n'est pas revacciné.

Le marchand de vins, *frère* du malade, a une petite fille de 30 mois vaccinée, et sa femme est enceinte. L'accouchement a lieu vers le 10 août. On place l'enfant en nourrice.

Toujours personne de revacciné !

Le 10 septembre l'enfant de 30 mois est atteinte de variole discrète et guérit.

Le va et vient de la mère chez la nourrice et de la nourrice chez la mère, communique la variole à l'enfant C... âgé alors d'environ 50 jours.

Cet enfant *meurt* le 24 septembre, *ramené chez ses parents*.

Toujours personne de revacciné !

On va de nouveau désinfecter, c'est vrai, mais comment se fait-il qu'il n'y ait pas eu de revaccination ?

Et c'est un marchand de vins qui a 40 ou 50 pensionnaires à déjeuner et à dîner !

Voilà un foyer, et on ne s'en occupe pas !

Le petit enfant peut créer un nouveau foyer et on se contente de désinfecter !

Nous pouvons ajouter même que la désinfection n'a pu être faite, la nourrice faisant la malade, et son mari, tuberculeux, gardant le lit.

Quant au médecin de l'état civil, il n'a pu et dû signaler que le décès du 24 *septembre* 1894 *seulement*. Et l'administration n'a pas agi !...

La désinfection ne suffit donc pas dans le cas de variole : il faut revacciner.

Et le petit garçon ne serait pas mort !

Et sa sœur ne serait pas défigurée,

Et les deux foyers créés eussent été sûrement éteints au lieu d'être recouverts seulement !

Il n'y a *heureusement* pas eu de propagation.

Donc, d'après ces cas particuliers, difficultés du diagnostic et par suite déclaration ou non déclaration, création possible de foyers. Difficultés de la déclaration, lorsque les malades changent de médecins, les médecins se reposant l'un sur l'autre du soin de déclarer, et personne ne déclarant ; création de foyers.

Il vaut mieux pécher par excès que par défaut de déclaration ; mais, avant cela, que la *désinfection devienne obligatoire* !

On ne fera jamais de bonne hygiène sans une bonne législation, et la législation existante est plus que boiteuse, elle est enfantine.

Nous ne voulons pas dire par là, qu'elle vient de naître mais qu'elle est aussi naïve que peu sérieuse. Désinfection obligatoire *d'abord* !

Dr Courgey.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de la France

Ce syndicat s'est constitué dans la séance du 23 avril 1896 en adoptant les statuts suivants :

Titre I. *But du syndicat*

Art. 1. — Sur l'initiative de la Société d'Hydrologie médicale de Paris, il est formé une Association professionnelle dite « Syndicat général des Médecins des stations balnéaires et sanitaires de la France »

entre les médecins des eaux minérales, des bains de mer et les villes climatériques d'hiver et d'été.

Le syndicat a pour but :

1° De resserrer les liens de confraternité, de défendre les intérêts professionnels de ses membres et de provoquer la formation de syndicats locaux ou régionaux ;

2° D'arriver à faire adopter par les propriétaires, municipalités et habitants des dits établissements et villes, les installations et outillages les plus perfectionnés, ainsi que l'application des derniers progrès en ce qui touche les moyens de communication, l'hygiène et la police sanitaire ;

3° De travailler par toutes les voies légitimes, notamment par la publicité scientifique, à faire connaître au dedans et à l'étranger, les richesses de la France en stations de cure hydrominérale ou climatérique.

TITRE II. — *Composition et direction*

Art. 2. — Le Syndicat général comprend :

1° Les syndicats locaux ou régionaux, de même ordre, qui, sur leur demande, lui auront été agrégés par décision du Conseil d'administration. Ces derniers syndicats s'organisent, se recrutent et se régissent librement ; ils délibèrent sur les affaires de leur compétence et les soumettent, s'il y a lieu, par correspondance ou par délégués, au Conseil d'administration et à l'assemblée plénière du Syndicat général :

2° Les médecins français ou naturalisés, qui ayant exercé, pendant deux saisons au moins, dans une station sanitaire de la France ou de ses colonies et auront adhéré aux présent statuts avant le 15 avril 1896 ou, à partir de cette dernière date, auront été admis par l'assemblée générale, au scrutin secret, sur présentation de deux membres ;

3° Les personnes, que leur situation scientifique ou officielle met en mesure de défendre les intérêts en cause et qui auront été agréées par le Conseil d'administration comme membres honoraires, ou par l'assemblée générale comme membres titulaires.

Art. 3. — Tout membre inculpé d'un acte contraire à la dignité professionnelle, sera convoqué devant le Conseil d'administration ; il sera passible de blâme ou d'expulsion, mais, dans ce dernier cas, il pourra faire appel à l'assemblée générale.

Art. 4. — Le syndicat est dirigé par un conseil d'administration composé de : un président, quatre vice-présidents, un secrétaire général, un trésorier et huit assesseurs.

Art. 5. — Ce Conseil est élu au scrutin par l'assemblée générale de novembre ; les syndiqués absents peuvent voter par correspondance.

Il est annuel et rééligible ; mais le président, nommé pour deux ans, ne peut rester en fonctions pendant plus de deux exercices consécutifs, soit quatre ans.

Art. 6. — Le Conseil se réunit à Paris, siège social, tous les deux mois ou plus souvent, s'il y a lieu, d'octobre à mai ; il entend les délégués régionaux, discute toutes les affaires intéressant le syndicat et résout les questions courantes, sauf rapport à l'assemblée générale.

La validité des délibérations exige la présence de cinq membres, la voix du président étant prépondérante en cas de partage.

Tout syndiqué peut assister aux réunions du Conseil avec voix consultative, le Conseil restant libre de se constituer en comité secret, quand il le juge opportun.

Art. 7. — L'Assemblée générale, composée de tous les syndiqués présents ou dûment appelés, se réunit au siège social tous les ans dans la seconde quinzaine de novembre ; elle peut être convoquée extraordinairement par le président, sur l'avis conforme du Conseil.

Elle procède aux élections comme il est dit à l'article 5, entend les communications du président, les rapports du secrétaire général et du trésorier, les motions des délégués et sociétaires, s'il y a lieu, arrête les comptes et statue sur les propositions du Conseil.

TITRE III. — *Recettes*

Art. 8. — Les ressources du syndicat se composent :

1° Du produit des cotisations annuelles des membres titulaires, fixées à 6 francs, et versées, soit par les membres eux-mêmes, soit par les trésoriers des syndicats locaux ou régionaux ;

2° Des subventions, dons et legs régulièrement acceptés ;

3° Des intérêts des sommes placées.

L'exercice financier court du 1er novembre au 31 octobre.

TITRE. — *Dispositions diverses*

Art. 9. — Tout membre en retard pour le paiement de deux cotisations peut être réputé démissionnaire, après avertissement préalable.

Tout membre ne faisant plus partie du syndicat pour la raison précédente ou pour toute autre, perd tout droit de répartition sur les sommes déjà versées.

Art. 10. — Le syndicat s'interdit toute controverse sur les questions étrangères au but de l'association.

Art. 11. — Les statuts ne peuvent être modifiés que par l'assemblée générale et sur demande signée par un minimum de quinze membres et envoyée au Conseil un mois au moins avant la réunion.

Art. 12. — La dissolution du syndicat ne pourra également être votée que par l'assemblée générale et d'après le mode habituel.

Le cas échéant, les fonds en caisse seront, autant que possible, attribués à une œuvre utile aux médecins des stations sanitaires ou à ces sations elles-mêmes.

Le Bureau a été ensuite constitué de la manière suivante :

Président : Dr Albert Robin.
Secrétaire général : Dr Marcellin Cazaux.
Trésorier : Dr Maurice Binet.

Le Conseil sera complété par la nomination de quatre vice-présidents et de huit assesseurs.

Syndicat médical de la Marne

SECTION D'ÉPERNAY

19 *avril* 1896.

Présents : MM. Verron, *Président*, Godard, Oudiné père, Hugé, Pellot, Foucart, Gueyard, Loriot, Chapt, Cheruy, Chocquart, d'Oger de Spéville, Janin, Leclère, Laydcker, Dunand, Evrard.

Excusés : MM. Moret, Pierrot, Jacquin, Maugin, Demange, Michel, Masson, Plicot.

Bureau

Sont élus : *Président* : M. Verron.
Vice-Président : M. Dunand.
Assesseurs : MM. Laydeker et Cheruy.
Secrétaire-Trésorier : M. Evrard.

Tarif.

Le Syndicat adopte, dans sa rédaction définitive, un tarif d'honoraires présenté par une commission spéciale. Ce tarif sera imprimé.

Compagnies d'assurances.

Les conditions offertes aux Compagnies d'assurances contre les accidents, par le Syndicat d'Epernay, semblent d'accord avec les vues de l'Union. Les Compagnies, sans donner de réponse approbative à la communication faite, se sont conformées aux tarifs établis ; mais leurs agents ont toujours mission de rechercher des tarifs inférieurs et sollicitent à cet égard les médecins qu'ils croient ne pas adhérer au Syndicat. Il est donc du devoir de chacun des syndiqués d'avoir l'œil ouvert sur ces menées et de ne souscrire aucun engagement avec les Compagnies.

A ce sujet, quelques membres du Syndicat

s'étonnent de voir le tarif de 8 francs établi pour délivrance de certificats et soins donnés au blessé, jusqu'à concurrence de cinq visite s.

Le Syndicat nomme, pour la revision de cet article, une Commission composée de MM. Hugé, Dunand et Chapt.

Assistance médicale gratuite.

L'application de la loi d'Assistance étant encore hérissée de difficultés, rencontrant nombre de mauvais vouloirs, et étant éludée souvent par des interprétations fallacieuses, le Syndicat confie l'étude de cette question à une Commission composée de MM. Laydeker, Dunand et Pellot. Cette Commission devra surtout envisager les moyens de faire exécuter la loi et délimiter les droits et les devoirs du médecin dans l'application de cette loi.

Tribunal.

La demande en paiement d'honoraires pour soins donnés à un blessé, par le docteur Frioux, à un débitant de Cumières, chez lequel était déposé le blessé, et par lequel avait été mandé notre confrère, ainsi que nous l'avons relaté dans nos précédents comptes rendus, a été rejetée par le tribunal de Reims, malgré l'avis favorable donné par le bureau du Syndicat au docteur Frioux; mais, il est probable que celui-ci aura négligé de demander l'expertise du tribunal.

Le Secrétaire,

EVRARD.

REPORTAGE MÉDICAL

Union médicale de la Seine. — L'Union médicale et pharmaceutique des Sociétés de Prévoyance du département de la Seine, association fondée par la Chambre consultative, a l'honneur d'inviter MM. les administrateurs des dites Sociétés, à assister à la réunion d'Assemblée générale qui aura lieu le jeudi 27 courant dans la salle des fêtes de la Mairie du 3e arrondissement, sous la présidence d'honneur de M. Barthou, Ministre de l'Intérieur, et M. Ch. Prevet, sénateur, pour faire connaître le but et les avantages que procure cette association aux Sociétés adhérentes.

62 Sociétés sont actuellement adhérentes ayant un effectif de près de 4.000 membres.

Abonnement : 2 fr. 50 par an et par personne.

Service assuré par 95 médecins et près de 150 pharmaciens.

Pour le Conseil d'Administration,
Le Secrétaire,
M. BLUM,
189, quai de Valmy.

Nous avons longuement entretenu nos lecteurs, en 1888, de cette *Union médicale de la Seine*, menaçante pour les intérêts du corps médical.

Nous espérons pouvoir reproduire le compte rendu de la séance de jeudi et nous saurons alors si les craintes que nous avons exprimées sont vaines.

Parmi tous les périls que court notre profession, il n'en est pas de plus redoutable que celui qui, heureusement est encore éloigné, mais qui la menace : l'*Assurance contre la maladie.*

La seule Cie que nous connaissions, grâce à une conception mal équilibrée et des pratiques inacceptables, n'a guère réussi. Nous faisons des vœux pour qu'il en soit ainsi longtemps encore.

L'*Union médicale* s'est limitée aux mutuellistes ; elle ouvre la voie à de plus audacieux. Elle ne peut que nous déplaire et nous desservir.

— *Sociétés de secours mutuels.* — Quelques chiffres de M. *Barberet*, chef du bureau des Sociétés de secours mutuels, au Ministère de l'Intérieur. En moyenne, 400 Sociétés mutuelles demandent l'approbation. Fin 1894, il existait, en France, 10.500 mutuelles, comprenant environ 1.700.000 sociétaires et possédant deux cent trente millions. La moyenne des retraites est d'environ 100 francs. Sur l'ensemble des Sociétés, la proportion des membres honoraires est de 2, pour neuf membres participants.

— *Colonies scolaires de Paris.* — En 1894, 2.300 enfants ont coûté, dans les colonies scolaires, 215 mille francs (environ 3.50 par jour). En 1895, pour l'envoi de pareil nombre, on a alloué 217 mille francs. — En 1896, l'envoi est de 4.000 élèves et la dépense prévue 250.000 francs. — Pour le médecin, la ville ne peut faire un meilleur emploi de ses ressources.

— *Fluorescope Edison.* — Il est destiné à permettre de voir l'intérieur des corps, sans intervention de la photographie, d'une façon directe. Il se compose d'une boîte, de forme conique, large et carrée à sa base, étroite et ouverte à son autre extrémité, où elle est garnie de toile cirée et de peluche, destinés à l'observateur qui en entoure ses yeux, pour regarder, à l'abri de la lumière, la base, ou extrémité large, composée d'un carton, revêtu de toile, toile imprégnée de *Tungtate de sodium,* substance reconnue par Edison, comme la plus fluorescente, entre les centaines d'autres examinées par lui.

On dirige la base de l'appareil vers un tube de Crookes en action, et entre la boîte et le tube on dispose le membre, le corps à examiner. On voit de suite, se dessiner, sur la surface fluorescente le squelette et s'il y en a, les corps étrangers. On a pu voir le rachis à travers toute l'épaisseur de la poitrine et du ventre.

— Notre éminent confrère, le professeur Grasset, de Montpellier, vient de publier la suite de ses Leçons de clinique médicale sur les affections du système nerveux, (aphasie, automatisme psychologique, paralysies nucléaires des nerfs sacrés).

Ces remarquables leçons, recueillies avec soin par le Dr Vedel, chef de clinique, sont éditées avec luxe et clarté par l'Imprimerie du *Nouveau Montpellier médical*, Ch. Boehm. 3e série, 1er fascicule 1896.

— *La déclaration des maladies contagieuses à Paris en* 1895. — D'une note publiée dernièrement par le service des épidémies de la Préfecture de police, il résulte que la déclaration semble avoir été bien faite en 1895, pour les cas de variole, scarlatine, et diphtérie, mais qu'elle a été probablement négligée pour la moitié des cas de fièvre typhoïde, traités en ville.

Au sujet de la mortalité hospitalière de celle-ci, comparée entre Paris et Lyon, le *Lyon médical* fait remarquer que si elle est moindre dans la seconde ville de France, c'est sans doute parce que, depuis 1893, tous les chefs de service emploient systématiquement le traitement de Brand par les bains froids.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4.106. — M. le docteur BALDET, de Paris, présenté par M. le Directeur.

N° 4.107. — M. le docteur TARDIF, de Longué (M.-et-L.), présenté par M. le docteur Chailloux, de Longué.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 36 5 septembre 1896

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La médecine aux médecins.

L'Etat vient de faire son devoir à notre égard, en déterminant les conditions dans lesquelles la concurrence étrangère pourra s'exercer sur le domaine de la pratique médicale, en France.

Si Messieurs les magistrats, qui le représentent, voulaient bien se décider à faire le leur, complètement et sans parti pris, envers les guérisseurs effrontés, qui exploitent la santé et la crédulité publique, si, de leur côté, les avocats ou négociants, qui dirigent toutes nos administrations, y compris les services d'hygiène, d'assistance, etc., consentaient à nous rétribuer suivant l'importance des services rendus, nous ne demanderions plus grand'chose à ce délégué de la Providence, qui s'appelle le gouvernement.

De nous seuls, en effet, dépend la bonne et consciencieuse exploitation de notre petit domaine. Avec de l'activité et du savoir, nous pourrions, sans doute, en vivre dignement, à condition toutefois de ne laisser aucun coin en jachère, et de mettre un terme aux empiétements de voisins plus ou moins scrupuleux.

Seulement, il nous semble que, sur ce dernier point, un examen, de conscience et quelques bonnes résolutions, seraient d'une certaine opportunité.

Avons-nous toujours à cœur de faire tout ce qui est de notre ressort ?

Quel est celui, parmi nous, qui s'applique, avec un soin jaloux, à ne rien laisser échapper en matière d'accouchements, de vaccinations. de pansements, d'analyses, de massages, etc... ? Combien ont tenu à se familiariser assez avec les pratiques élémentaires de l'odontologie, de la rhinologie, de l'otologie, de l'oculistique, de la laryngologie, de la gynécologie, pour pouvoir se passer, à l'ordinaire, d'un spécialiste auquel on devrait réserver les diagnostics difficiles et les interventions épineuses ?

Si, dans ce dernier cas, nous avons pour excuses, l'honnête scrupule d'une pratique insuffisante, et la compensation de ne passer la main qu'à un confrère, il n'en est pas, de même dans l'autre.

Elles nous coûtent cher nos abdications devant la sage-femme, le pharmacien, l'orthopédiste, le masseur et autres auxiliaires. Nous leur donnons un pied, ils en prennent dix : appelés à ramasser des miettes, ils s'installent bravement à table, et accaparent bientôt les meilleurs morceaux.

Franchement, c'est notre faute.

Puisque les temps sont durs au praticien, il serait sage de ne rien laisser à glaner derrière lui.

Ainsi fait le moissonneur, quand la récolte est maigre. H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le vaccin de la peste.

Pour nous autres Français, qui voyons rarement venir chez nous cette horrible maladie, qu'on appelle la *peste*, la communication faite par M. H. Monod, au nom du Dr Yersin, sur le remède de la peste, à l'Académie de Médecine, aura peut-être un intérêt modéré; mais pour les malheureuses populations d'Orient, pour la Chine et la Russie d'Asie, la découverte de M. Yersin, si elle continue à donner tout ce qu'elle promet, sera bien autrement importante et utile à l'humanité que toutes celles que l'on a faites jusqu'ici dans la voie de la sérothérapie, et nous aurions encore un *glorieux élève de la grande école Pastorienne* !

Nous citons textuellement l'observation du premier cas de peste traité par le Dr Yersin et communiqué à l'Académie :

« Le 26 juin 1896, au séminaire de la Mission catholique, un jeune Chinois, appelé Tsé, et

âgé de dix-huit ans, se plaint, vers 10 heures du matin, d'une douleur à l'aine droite. A midi, il éprouve une grande lassitude, la fièvre se déclare et l'enfant est obligé de se coucher.

A 3 heures de l'après-midi, je vois le malade. Son état général est mauvais : lassitude extrême, vertige, fièvre. A l'aine droite existe le bubon caractéristique. Il y a empâtement de la région, qui forme une saillie bien visible. Le toucher est excessivement douloureux.

A 5 heures du soir, je suis prêt à faire une première injection de sérum. A ce moment, l'état du malade a encore empiré. La faiblesse est extrême, la fièvre a augmenté, l'enfant commence à délirer. Pour tous ceux qui ont l'habitude de voir des pestiférés, le malade est condamné et la mort doit survenir dans les 12 h.

A 5 heures, je fais une première injection de sérum (10 centimètres cubes sous la peau du flanc). J'emploie du sérum préparé à Nha-Tsang et qui a été essayé sur des souris. Il vaccine les souris au 1/10 de centimètre cube.

Immédiatement après l'injection, le malade a des vomissements alimentaires et bilieux (symptôme fréquent dans les cas de peste grave).

A 6 heures du soir, l'état général paraît un peu meilleur, l'œil est plus vif, le malade dit se sentir moins abattu. Je fais une deuxième injection de sérum (10 centimètres cubes sous la peau du flanc).

A 7 heures et demie, la fièvre a augmenté, le malade est excité et divague un peu. Il a des coliques et un peu de diarrhée.

A 9 heures du soir, je fais une troisième et dernière injection (10 centimètres cubes sous la peau du flanc). A ce moment, la fièvre est toujours forte et le malade continue à divaguer.

De 9 heures à minuit, le malade a le sommeil agité. Les piqûres que j'ai faites sont douloureuses.

A minuit, mieux notable. La fièvre diminue ; le malade a toute sa connaissance et dit se sentir mieux. De minuit à 3 heures du matin, sommeil plus calme.

A 3 heures du matin, l'amélioration de l'état du malade est manifeste : plus de vertiges, moins de faiblesse, moins de fièvre. Le malade a une selle (un peu de diarrhée).

De 3 heures à 6 heures du matin, bon sommeil calme. A 6 heures du matin, le malade se réveille avec toute sa connaissance. La lassitude a disparu. Le bubon n'est plus du tout douloureux et a diminué de volume. La fièvre n'existe plus.

A 11 heures du matin, le malade se dit guéri. La peau est moite, la fièvre complètement tombée. Il ne reste plus rien de la lassitude et de l'accablement d'hier soir. A l'aine droite, l'empâtement a complètement disparu. La région est indolore au toucher ; il ne reste comme trace de la maladie qu'un ou deux ganglions de la grosseur d'un haricot. Les piqûres de sérum sont encore douloureuses.

28 *juin*. — La journée d'hier et la nuit ont été excellentes. Les piqûres de sérum ne sont pas du tout douloureuses et l'induration qui résulte toujours de ces piqûres a totalement disparu. Le malade a de l'appétit et reprend des forces.

29 *juin*. — Je revois une dernière fois le malade. Les forces continuent à revenir ; l'enfant peut faire une petite promenade dans le jardin sans trop de fatigue. Les ganglions de l'aine diminuent de volume.

Canton, le 29 juin 1896.

Signé: Dr Yersin. »

M. Brouardel annonce, de son côté, qu'une récente dépêche télégraphique l'a informé que M. Yersin avait déjà traité 27 cas de peste par sa méthode et que, dans tous les cas, le succès a été manifeste. Il espère que le prochain cour-

FEUILLETON

La ménopause masculine.

Vous ne vous trompez pas, vous avez bien lu ; l'épithète de masculine n'est pas une erreur. Je *l'ai accolée à dessein au mot de ménopause* pour mieux faire sentir le rapport qui existe entre l'âge de retour de la femme et cette période ambiguë de décrépitude, qui s'accompagne également pour l'homme de tant d'inconvénients, de tant de troubles nerveux, de tant de perturbations sanguines. Le mâle est touché comme la femelle dans ses œuvres vives et l'heure de l'amoindrissement général et génital, qui est plus ou moins retardée selon les constitutions et le genre de vie, sonne tristement comme un glas, comme un avertissement, aussi lugubre qu'impitoyable.

Le but de la nature, qui veut la reproduction de l'espèce est rempli et elle ne tarde pas à dépouiller même les plus favorisés des avantages extérieurs, qui les firent rechercher. Ce n'est pas seulement leur visage qui se colore ; leur nez qui bourgeonne, la fâcheuse pléthore abdominale, les hémorrhoïdes, les varices et toutes les manifestations de la diathèse congestive, aux louches maléfices, viennent avertir le bel Adonis que le couvre-feu est proche, qu'il est temps de se ranger, de devenir modéré, sous peine de gâtisme et d'apoplexie. — L'estomac devient ombrageux ; il n'y a plus de feu dans les prunelles ; une sorte de petite veilleuse persiste seule, derrière le lorgnon, à animer le regard ; le minimum d'efforts s'impose, la vaillance n'est plus de saison. L'âme cesse d'être fleurie. Il serait superflu de leur conseiller de moucheter leur fleuret, selon la prudente recommandation du prince de Talleyrand.

Ah ! il n'y a pas que la femme qui soit à plaindre aux alentours de la cinquantaine. Si elle cesse d'être apte à la reproduction, son compagnon perd aussi sa puissance créatrice. Je ne parle pas seulement de la faculté physique proprement dite de concevoir ; mais encore et surtout de l'amoindrissement intellectuel, qui vient paralyser les cerveaux les plus féconds, les mieux doués.

C'est pour consoler les robustes et les forts de l'éparpillement de leur activité cérébrale qu'on a prétendu que le jugement prenait alors une netteté et une pondération remarquables.

Maigre compensation ; cette qualité, fruit de l'expérience et de la maturité, est loin de valoir la fougue primesautière des années bénies, où la sève abonde, où tout bouillonne et fermente en l'être, où on se prodigue à outrance, sans arriver à se dépenser, où on gaspille sans compter, avec une ardeur qu'on croit devoir rester éternelle, idées et sensations, projets et tendresses, ivresses, délices, extases, illusions et félicités.

Non, non, braves gens, Samson devenu chauve avec ou sans le secours de Dalila, ne se résigne pas benoîtement à être émasculé par la Parque ; le lutteur amoindri regrette ses généreuses ardeurs d'autrefois, les enthousiasmes qui fermentaient et brûlaient en lui ; il est profondément anxieux en constatant sa dépression cérébrale, la décomposition insensible qui chaque jour va dorénavant s'ac-

rier de Chine apportera les détails de ces faits, qu'il ne manquera pas de communiquer à l'Académie.

Souhaitons bonne réussite au vaillant représentant de Pasteur en Chine, et ayons confiance dans les résultats, qui, jusqu'à présent, ont toujours été scrupuleusement et honnêtement contrôlés par les dignes disciples du maître.

Le massage des fractures de la clavicule.

Nous nous rappelons encore une clinique d'un professeur de la Faculté de Paris, il y a 10 ans, sur le grand soin qu'il fallait apporter à immobiliser la clavicule, pour obtenir la formation du cal après fracture. « Les pseudarthroses sont fréquentes, disait-il, et la consolidation se fait presque toujours de travers, si l'on a négligé une bonne immobilisation par un appareil soigné. » Telle n'est point la méthode moderne et le Dr Lucas Championnière sourit agréablement de cette minutie d'immobilisation. Suivant ses principes que nous avons résumés dans un article du *Concours* en 1895, il mobilise et masse les fractures de la clavicule tout comme une entorse, pour le plus grand bénéfice du blessé qui guérit vite et solidement. Le Dr *Dagron* (*J. de méd. et de chir. prat.*) donne la description suivante de la méthode appliquée aux fractures de la clavicule :

« Le massage, dans les fractures de la clavicule, doit s'adresser non seulement à l'os fracturé, mais encore aux articulations et au système musculaire du voisinage : enfin la mobilisation fera exercer *passivement* et *activement* les appareils moteurs de l'épaule tout entière. D'où trois temps : le massage proprement dit, puis les mouvements passifs et actifs de l'épaule.

Pour l'épaule, il est nécessaire de se servir, pendant les premiers jours surtout, d'un corps onctueux, huile stérilisée ou vaseline, qu'on étalera sur toute la région, partout où devront passer les doigts ou la paume de la main ; cette préparation de la peau doit s'exécuter très doucement par des pressions très légères de toute la main, et en repassant plusieurs fois, pour préparer cette peau à des pressions plus fortes : cette anesthésie par frictions légères, agirait aussi par suggestion suivant certains auteurs : disons, en somme, que l'on enlève au malade toute idée de crainte, que peut lui inspirer quelqu'intervention du côté de sa blessure. Et puis, n'avons-nous pas toujours à lutter contre cette défiance du massage, causée par une expérience ancienne ou bien les racontars des parents, d'amis, traités par des manœuvres brutales, par des pressions exagérées suivant les méthodes des anciens rebouteurs ou même de certains masseurs modernes. Nous devons poser comme principe que le malade doit souffrir *le moins possible* pendant la séance de massage; bien plus, qu'il doit éprouver, pendant cette séance et après, une sensation de bien-être, de calme, qui lui fera désirer l'heure du prochain massage.

La peau étant anesthésiée, on commence le massage de l'os fracturé. Il faudra éviter d'exercer toute pression sur le bord antérieur souvent tranchant et toujours superficiel de la clavicule. On placera donc la face palmaire de chaque pouce au-dessus et au-dessous de la clavicule et on se servira des insertions musculaires comme d'un matelas pour empêcher les doigts d'arriver directement sur la région fracturée. Le massage se fait ainsi à distance, et il est rare d'entendre le malade se plaindre. Ces pressions ne s'exécuteront pas indifféremment dans les deux sens, de dehors en dedans ou de dedans en dehors : le système veineux de la région vient aboutir soit à la veine sous-clavière, soit au confluent des jugulaires : il faudra donc se diriger du côté du sternum. On appuiera de plus en plus les

---

centuer, en rendant sa vie dolente et neutre, comme celle d'une larve endormie. Car, il le sent bien, une influence annihilante, abâtardissante, va le rejeter du côté des raffinés débiles, des sceptiques dévirilisés, des douteurs par trop d'affinement, des tolérants par faiblesse et terreur de la lutte, des délicats par crainte de l'outrance et des extrêmes, des paresseux qui veulent être mollement bercés et à qui toute action violente devient hostile, des médiocres enfin, qui ne se passionnent pour rien et sont de plus en plus nombreux dans notre cher pays. Jadis, c'était un initiateur, il dictait le mot d'ordre aux peuples ; il en est réduit aujourd'hui à suivre à la remorque ceux qu'il guidait autrefois.

Richepin déclarait dernièrement avec sa véhémence habituelle, qu'il était désirable de voir enfin surgir des individualités puissantes; il appelait de tous ses vœux un de ces grands hommes, en qui et par qui vivent les foules : « Je ne crains pas d'affirmer, disait-il, que la vraie et féconde formule sociale est celle-ci : Place aux forts ! — Place aux forts, quels qu'ils soient ! — Car ce que j'entends par les forts, c'est ceux en qui s'incarne une idée, douce ou atroce, mais intense, grande, exaltant le rêve à l'action, poussant en avant, sonnant une diane, battant une charge et faisant vivre enfin.

Jésus ou Catilina, saint Vincent de Paul ou Napoléon, Torquemada lui-même, Ignace de Loyola en personne, quiconque a remué l'âme populaire, l'a enthousiasmée, possédée, engrossée, celui-là est un fort. Il en est d'autres que je peux préférer. Quand même je consens aux pires, pourvu qu'avec eux on aille, on vibre, on agisse, bien ou mal, mais énergiquement et passionnément, et qu'on oublie enfin ce que c'est que la vie, en la vivant comme une flamme brûle ! »..

....

« Il doit être quelque part, le fort que l'on attend, dont on a soif, dont on a faim. Quelque part peut-être il râle, la face contre terre, tâchant de se redresser au moins sur les genoux, pour écouter à l'horizon le bruit tumultueux des sanglots et des désespoirs, qui veulent être consolés par lui.

Mais, lâches que nous sommes, châtrés jusque dans nos désirs, nous l'appelons tout ensemble et nous l'empêchons de se montrer ! Nous haletons d'angoisse à l'espoir de sa venue et nous avons peur de lui. Notre bourgeoisisme nous étouffe, et nous l'en étouffons.

Et peut-être, que nous n'aurions plus seulement la force de pousser une clameur de délivrance, mais que l'épouvante nous jetterait tous à la renverse, si nous voyions tout à coup surgir dans notre ciel de brumes une main divine où fleurisse une palme, un poing terrible où flamboie un glaive. »

Je n'ai donné cette citation que pour bien établir qu'on serait certainement déçu, si on allait chercher un rénovateur providentiel, une âme de lumière et de volonté, à l'indomptable énergie, parmi ces somnambules atones, timorés et caducs, aux vertus négatives, qui n'aspirent qu'à cultiver paisiblement leur jardin, à l'instar de Candide, à l'abri des orages, des dissensions et des rivalités de l'Agora.

S'il pouvait surgir de ce milieu décadent, ses contemporains seraient les premiers à le vilipender, à en rire, faute de pouvoir le lapider. Ils neredou-

pouces, pour qu'insensiblement on arrive à une pression déprimant bien la peau, sans que le malade en ressente quelque douleur. Cette première partie du massage aura surtout pour but d'anesthésier la région du cal, d'exciter le périoste et d'aider la circulation veineuse dans la zone de la blessure.

Les articulations du voisinage ne nous arrêteront pas longuement : les articulations acromio-claviculaires, coraco-claviculaire, costo-claviculaire et même sterno-claviculaire ne seront jamais atteintes de raideurs pouvant entraver les mouvements ; nous pouvons ne pas insister, à moins que le malade n'accuse quelque douleur, annonçant dans ces articulations une entorse compliquant la fracture de la clavicule.

L'articulation de l'épaule est très profonde, cachée sous des muscles épais ; aussi ne fait-on pas un massage spécial de cette jointure, on la massera indirectement en s'occupant du système musculaire.

Le premier muscle à masser sera le deltoïde. C'est le plus important, comme nous le montre la physiologie et surtout la physiologie pathologique. C'est le muscle qui s'atrophie le plus vite par l'immobilisation et qui conduira le malade à l'impotence, si on ne s'en occupe pas dès le début du traitement. Combien de malades ainsi immobilisés sont venus nous trouver après divers traumatismes de l'épaule et qui présentent de ces pseudo-paralysies deltoïdiennes.

Pour comprendre l'importance du massage du deltoïde, il faut se rappeler qu'il se divise en fibres verticales et en fibres obliques. Les premières s'insèrent d'une part, sur le bord externe de l'acromion : ces faisceaux de fibres sont peu nombreux et pourtant ce sont les seuls qui exécutent les mouvements d'abduction et d'élévation de l'épaule. Ce sont les premiers qui s'atrophient, lorsque l'épaule ne fonctionne pas par suite d'immobilisation ; et même, lorsqu'on les exerce depuis le début du traitement, ce sont les mouvements qu'ils sont chargés d'exécuter qui sont toujours en retard. Ils devront donc être l'objet de toute notre sollicitude.

Les mouvements antérieurs et postérieurs sont plus facilement retrouvés : car il existe des contractions combinées des fibres antérieures du deltoïde et du grand pectoral, des fibres postérieures du deltoïde et du grand dorsal, aidé des rotateurs de l'épaule.

On commencera donc le massage musculaire par le deltoïde et surtout par les fibres verticales en exécutant les pressions d'abord douces, puis plus profondes, et se dirigeant de bas en haut de l'humérus vers l'acromion : ces pressions dureront environ cinq minutes et ne devront jamais occasionner de douleur. On exécutera ensuite des pressions sur les fibres antérieures et postérieures du deltoïde, soit alternativement, soit simultanément, en insistant plutôt en avant, le malade retrouvant plus facilement ses mouvements en arrière : les fibres les plus antérieures s'insèrent en général non loin de la fracture, elles auront donc plus de tendance à l'atrophie musculaire, si on ne les exerce pas.

Il est à remarquer que le système musculaire de l'épaule forme deux grands triangles à sommet huméral, à base thoracique. Le triangle antérieur est formé de fibres antérieures du deltoïde et du grand pectoral, qui se dirigent en éventail de l'extrémité supérieure de l'humérus (gouttière bicipitale) à la clavicule, au sternum et à la ligne blanche. Le triangle postérieur aurait son sommet placé vers cette extrémité supérieure de l'humérus et les fibres se dirigent aussi en éventail derrière le thorax, en s'insérant soit à la clavicule (deltoïde), soit à l'omoplate (sus-épineux et sous-épineux), soit à l'os iliaque et au rachis (grand dorsal), de sorte que

---

tent rien tant que les tirailleurs d'avant-garde, les belligérants nerveux, surabondants de vitalité, étourdissants d'exubérance ; ils appréhendent les sursauts de l'imprévu, les agressions nerveuses, les ripostes rageuses.

Ces esprits vacillants n'apprécient plus que les demi-teintes, les tons fanés, anémiques, ce qui est prudent, tempéré, rassis, glissant, lénitif, indolent, vague et même banal. Ils aiment l'ordre, l'économie, la prévoyance, les qualités domestiques et familiales, sans horizon et sans inquiétude, de notre bourgeoisie moyenne. Leur admiration est acquise d'avance aux sages indécisions, aux termes ambigus, aux rêves embrumés, à la perpétuelle imprécision, aux stratégies habiles, aux demi-mesures qui préviennent la violence, aux faux-fuyants, aux temporisations qui simplifient les choses compliquées.

Les chimères ne les touchent plus et ils ne sont nullement disposés à sacrifier le peu qui leur reste à vivre pour ébranler et diriger les forces sociales vers un avenir meilleur. Au lieu de faire preuve de hardiesse, ils aimeraient mieux risquer machine en arrière, car des rêves de repos sans fin s'insinuent seuls avec persistance dans le désert si sombre de leur cerveau.

Comme on l'a dit de Napoléon III, le fataliste résigné, ils sont toujours prêts à écrire l'histoire, jamais à la faire.

Si cette démonstration ne vous suffisait pas, pour bien établir en vos esprits qu'on n'a rien à gagner en vieillissant, je n'aurais qu'à faire une allusion discrète aux mésaventures conjugales des époux ventripotents, qui, au lieu de jouer à la hausse, sont toujours à la baisse.

Interrogez à ce sujet madame Xantippe, ou ses descendantes, et vous en apprendrez de belles sur l'insuffisance nocturne et les défaillances de leur seigneur et maître. — Titre dérisoire ; s'il le fut, il ne l'est plus ; le coq gaulois s'est transformé en chapon !

En pareille matière, il faut faire la part des exceptions, c'est entendu. — Après avoir évoqué les promesses tardives de Louis XV, et, à un autre point de vue, la verdeur anormale de Victor Hugo, de Chevreul, de Thiers, de Pasteur, on est amené à faire de mélancoliques réflexions, lorsqu'on se trouve en présence de la masse, dans le tas du bétail humain, que nul réconfortant ne pourrait galvaniser. Et les plus lézardés, les plus neutralisés, les plus fourbus, sont précisément les énergumènes insatiables, les fanfarons du vice, les viveurs les plus gavés de sensualité, de funestes libertinages, ceux qui mettaient les bouchées doubles au festin des caresses. Il leur fallait des instruments serviles de plaisir, avec table toujours mise et bras constamment ouverts. Leurs instincts polygamiques leur ont fait épuiser rapidement leurs munitions et leurs provisions de route ; ils s'acharneraient en vain à souffler, avec une ardeur fiévreuse, sur les derniers tisons qui s'éloignent ; rien ne saurait les rallumer.

Hélas ! il n'y a pas de Josué capable d'arrêter le soleil des jours heureux ; il n'y a que le printemps qui revienne régulièrement ; il n'y a que les lilas et les primevères qui refleurissent tous les ans ! —

l'on pourrait masser grossièrement avec la paume de la main, suivant les indications précédentes, les muscles de l'épaule. Nous faciliterons ainsi le travail de nos aides qui ne sont pas familiarisés avec l'anatomie des régions, mais il sera toujours préférable de masser individuellement chaque corps musculaire. Aussi, après avoir massé le deltoïde, devra-t-on consacrer quelques minutes au grand pectoral et plus particulièrement à ses fibres claviculaires, au trapèze, aux sus et sous-épineux, au grand rond, au grand dorsal, au sterno-mastoïdien, enfin au biceps et au triceps du bras. Ces deux derniers muscles agiront bien dans les mouvements du bras sur l'épaule, mais c'est surtout comme muscles moteurs de l'articulation du coude qu'il faudra les surveiller. C'est cette articulation qui se plaindra le plus de raideur, si on ne la surveille, le malade se servant d'une écharpe pour soutenir son membre supérieur. Les muscles plats de l'épaule se massent par pression digitale ou palmaire ; les muscles fusiformes du bras se massent par pressions légères entre la face palmaire du pouce et des doigts en remontant du coude vers l'épaule. Il faut éviter de pincer trop fortement en énucléant le biceps, car on pourrait traumatiser le nerf médian et l'artère humérale placés derrière son bord interne.

Lorsque le massage musculaire est terminé, les muscles ne sont plus en défiance et permettent de faire mouvoir l'articulation dans tous les sens, et si on profite avec prudence de ce moment d'abandon musculaire, on pourra redonner ou conserver au système articulaire de l'épaule la souplesse qu'elle présentait antérieurement. Nous ne saurions mieux comparer l'état du muscle, qu'après le massage, à la résolution obtenue par la chloroformisation : la preuve en est que la réduction d'une luxation a été facilement exécutée après massage des muscles de l'épaule, alors qu'elle avait été tentée sans succès par les procédés dits de douceur (méthode de Kocher) ou même par la traction. Nous avons deux observations semblables de malades qui s'étaient luxé l'épaule, chez lesquels on avait fait des tentatives de réduction, à la consultation externe, envoyés dans les salles pour qu'on réduise la luxation par le chloroforme et auxquels nous avons épargné cette intervention, en exécutant la méthode de Kocher, sous massage scapulaire.

L'articulation de l'épaule est celle, qui possède les mouvements les plus étendus : aucun mouvement ne lui est étranger : il existe des mouvements de propulsion, de rétropulsion, d'adduction, d'abduction, de rotation en dedans et en dehors, de circumduction. Le masseur doit connaître ces mouvements et leurs limites pour les exécuter sur le patient doucement et bien progressivement, chaque jour, en ne laissant jamais retomber brusquement le membre supérieur. La sensibilité aux mouvements passifs varie suivant les sujets : certains alcooliques endurcis n'accusent jamais de douleur ; en revanche, certains nerveux se contractent pour résister au moindre mouvement ; d'autres, enfin, ne peuvent se défendre d'exécuter des mouvements actifs qui gênent l'opérateur. Ce sera pour eux une nouvelle éducation, qui durera trois ou quatre jours. Il sera toujours bon d'observer la physionomie du malade à la limite des mouvements passifs ; elle manifestera souvent mieux que tout avis la douleur ressentie par le patient.

Pour que l'opérateur soit lui-même dans les meilleures conditions pour éviter la fatigue, il aura le soin de placer l'avant-bras en flexion sur le bras : le levier sera ainsi moins lourd ; il sera de plus coudé et les mouvements à exécuter seront moins pénibles, pour le masseur, pendant les mouvements passifs, pour le malade pendant les mouvements *actifs*.

Nous les retrouvons, ayant moissonné à pleine faux leurs derniers regains, ayant laissé le meilleur d'eux-mêmes aux buissons du chemin, à Aulus, à Barèges, à Vichy, partout où Cupidon s'est mis au régime et boit de l'eau. Ce n'est plus la Diane des baisers matinaux qui les réveille, c'est la pituite. La jeunesse artificielle des fêtards, des vieux beaux n'en impose à personne. Leurs yeux noyés, leur démarche incertaine, leurs traits fanés, leur maquillage, leur calvitie précoce, révèlent les humiliations de l'âge ; on voit qu'ils ont reçu des horions dans la mêlée grouillante des noctambules ; le dégoût et la nausée sont sur leurs lèvres ; leur tête ne contient plus que le vide accumulé des lendemains d'excès ; à l'instar des militaires retraités, ces bourreaux des cœurs qui eurent les faveurs de toutes les dames du Bottin galant, n'ont plus qu'à raconter leur exploits passés, avec des tarasconnades grasseyantes dans la voix.

Allons, pauvres papillons délabrés, résignez-vous ; vous passerez bientôt à l'état d'utilité, par exemple le quatrième au whist, ou le quatorzième des dîners où l'on serait treize à table ; vous pourrez encore faire une certaine figure, à condition que votre colonne vértébrale soit bien soutenue et que cette petite débauche ne se renouvelle pas trop souvent !

....

Je n'insiste pas ; le tableau n'a rien de réjouissant, puisque nous sommes tous destinés, à moins de catastrophe, à passer sous les fourches caudines de la cinquantaine, à augmenter les ruines et les cendres des âges révolus. Le mieux est d'en prendre bravement son parti et de faire son possible pour se dédommager de cette déconvenue, en dehors des beaux achèvements et de la gloire, des héroïsmes suprêmes, qui ne peuvent être que le lot du petit nombre. La recette la plus simple est encore de faire des heureux dans son entourage et de prendre sa part, si minime qu'elle soit, du bonheur d'autrui. Un médecin, qui, à ce moment, a la joie d'être grand-père, n'est déjà pas trop à plaindre ; mais, à défaut de progéniture, il peut se rendre utile dans la grande famille médicale, en donnant de bons conseils aux cadets, en calmant leur fièvre de combativité, en leur apprenant la déférence envers les aînés, en recommandant l'union, la concorde, en prêchant enfin d'exemple, en s'imposant par sa droiture et sa correction.

Il y a encore bien des satisfactions à glaner, lorsqu'on veut se donner la peine de se baisser pour cueillir respectueusement la petite fleur bleue de l'idéal, ou, si vous aimez mieux, les nénuphars symboliques qui s'étalent au-dessus de l'eau dormante. Sans être capiteux, ni troublant, leur parfum ne manque pourtant pas de suavité.

Il ne me reste plus qu'à conclure avec Maupassant, dans « Une Vie » : En somme, l'existence n'est jamais ni aussi bonne, ni aussi mauvaise, qu'on veut bien le dire !

Dr Grellety (de Vichy).

Dès le premier jour, nous exerçons l'articulation de l'épaule, en pratiquant des mouvements d'oscillation du bras, en avant et en arrière, en l'écartant légèrement du corps ; le lendemain et les jours suivants, on augmente l'étendue de ces mouvements et on exécute des mouvements de rotation externe et interne. Les mouvements les plus pénibles, dans la fracture de clavicule, sont ceux de propulsion et de rotation en dedans. Aussi le malade gagne très facilement la limite des mouvements en arrière : c'est dans la propulsion que les fragments ont des tendances au chevauchement : le talent du masseur consistera donc à éviter ou tout au moins à ne pas exagérer ce mouvement pendant la première partie du traitement. Les mouvements de circumduction ne s'exécutent que vers le 20e jour, après consolidation de la fracture.

Les mouvements passifs ne devront pas s'adresser seulement à l'épaule : il ne faut pas oublier que le coude doit être mobilisé, car le membre supérieur sera pendant quelques jours placé dans une simple écharpe, l'avant-bras en demi-flexion sur le bras : on fera aussi exécuter des mouvements de la tête et du cou, afin d'éviter les contractures du sterno-mastoïdien.

Chez l'enfant, ces manœuvres doivent être exécutées avec beaucoup de soin : nous conseillons d'éviter le massage de la fracture, de masser très peu le système musculaire, mais en revanche d'apporter tout le soin aux mouvements passifs. Grâce à son périoste épais, la clavicule fracturée présente à cet âge peu ou pas de déplacement : elle se guérit toute seule. Le rôle du chirurgien consistera à conserver les mouvements que possédait le membre supérieur avant l'accident.

Nous conseillons dès le premier jour de faire exécuter au malade quelques mouvements actifs, un simple balancement, un léger écartement du bras : ces mouvements sont augmentés d'étendue chaque jour et en général seront en rapport avec les mouvements passifs : ils sont toujours limités par la douleur, et c'est pour cette raison qu'on modérera les mouvements en avant, les mouvements d'élévation et de rotation. Il sera bon, dans les premiers jours, de fixer le fragment externe avec une main appliquée sur l'extrémité externe de la clavicule.

Lorsque le malade exécutera les mouvements actifs sous la surveillance du chirurgien, il sera utile de faire contracter le muscle dans ses différentes situations ; c'est ainsi qu'on amènera les bras dans l'horizontale en abduction, et on demandera alors au malade de contracter son deltoïde : l'effort serait trop considérable pour amener à cette horizontalité, tandis que le malade pourra souvent conserver une position qui aura été donnée par mouvement passif. On évitera ainsi le surmenage musculaire, qui peut retarder la guérison du malade.

Après chaque séance de massage, nous avons l'habitude de mettre le membre supérieur en demi-flexion, l'avant-bras reposant sur une écharpe simple, dont on fixe les chefs supérieurs, par des épingles, à la région cervicale postérieure. Le chef postérieur de l'écharpe passera devant la clavicule blessée et on recommandera au malade de porter autant que possible le bras en arrière ; c'est de cette façon que la déformation sera le mieux corrigée et que les douleurs seront évitées. On préviendra le malade qu'il peut exécuter quelques mouvements de balancement dans son écharpe, qu'il peut et doit même faire remuer ses doigts et son poignet très souvent. Dès le 5e jour on lui conseille, même, de faire deux ou trois fois des mouvements de flexion et d'extension du coude en dehors de l'écharpe.

Au quinzième jour, la souplesse est suffisante pour que l'écharpe ne soit plus appliquée contre la peau ; on la place sur le vêtement ; le malade peut ainsi vaquer à ses occupations, s'il n'a pas un travail manuel.

Dès les premières séances de massage, le malade reconnaît l'amélioration de son état : aux contractions musculaires a succédé le repos de tout le système locomoteur ; à la crainte a succédé la confiance. Ce soulagement persiste pendant plusieurs heures et le malaise réapparaît généralement la nuit, à la suite d'un mouvement malheureux, pendant le sommeil. Puis tout rentre dans l'ordre, après la seconde séance et le malade attend avec impatience le moment du massage.

C'est du 18e au 25e jour que se consolident les fractures de clavicule que nous soignons. C'est à ce moment qu'ils sont guéris, car notre but a été pendant ce laps de temps de conserver le mouvement du membre supérieur et la force musculaire ; il faudra toutefois, pendant quelque temps, interdire les mouvements et les contractions exagérés (mouvements répétés trop fréquemment, soulèvement de fardeau, etc.). Mais bien souvent nos malades n'ont pas écouté nos conseils de prudence et nous pourrons citer tel bicycliste de profession qui, au 21e jour remontait à machine, au 25e jour se servait de son bras pour diriger son guidon et commençait un travail sévère d'entraînement, en vue d'un grand prix. Enfin, pendant que nous causons de ce malade, donnons un exemple de l'avenir de nos fracturés : il a gagné le grand prix de Paris sur tous les coureurs du monde entier, quatre mois après le traumatisme, qui lui fracturait sa clavicule.

Dans cette description du traitement des fractures de la clavicule par le massage et la mobilisation, nous n'avons eu en vue que les variétés de la région moyenne : est-il besoin de dire que la méthode sera identique pour les fractures des deux extrémités, mais que la consolidation sera plus rapide, et que les symptômes fonctionnels disparaîtront plus rapidement ?

Tous nos malades ont guéri dans le minimum de temps, sans complication, sans accidents, et comme ils sont tous reconnaissants de nos soins, nous les avons observés longtemps. Nous pouvons même ajouter que beaucoup d'entre eux, notés comme ayant présenté de grandes déformations, ne laisseront rien à désirer au point de vue esthétique.

L'auscultation des pleurétiques.

Au récent congrès de médecine interne de Nancy, M. le Dr *Hervouet* a attiré très judicieusement l'attention sur ce fait, que le bruit de souffle pleurétique et l'égophonie sont généralement regardés comme engendrés purement et simplement par la présence d'un épanchement dans la plèvre. On l'explique par le changement de consistance du tissu pulmonaire comprimé. S'il en était vraiment ainsi, le souffle serait cons-

tant dans la pleurésie. Or, il ne l'est pas. Beaucoup de cas évoluent complètement sans s'accompagner de ce phénomène stéthoscopique, quelle que soit la quantité de liquide épanché, et d'ailleurs la présence du liquide, en refoulant le poumon, est incapable d'en modifier vraiment la consistance. Il faut donc admettre que, quand il y a bruit de souffle, il est produit par une altération pulmonaire sous-jacente et indépendante (tuberculose, pneumonie, broncho-pneumonies diverses...), réalisant le souffle tubaire, lequel prend un timbre particulier, parce qu'il est transmis à l'oreille par une couche liquide. Le même raisonnement s'applique à l'égophonie qui est aussi inconstante que le souffle. Conclusion : le souffle pleurétique et l'égophonie nous renseignent non sur l'état de la plèvre, mais sur l'état du poumon.

Les rhinites spasmodiques

(RHUME DES FOINS).

D'après M. le Dr Lermoyez, la dénomination de rhume des foins s'applique à un groupe d'affections du nez, cliniquement voisines du coryza, caractérisées par des troubles nasaux (crises d'éternuements avec hypersécrétion muqueuse) et oculaires (photophobie, larmoiement), dont la condition essentielle est de survenir par attaques paroxystiques. Dans la forme ordinaire, oculo-nasale, tout se borne à cela ; dans la forme bronchique, il s'y joint des accès de dyspnée à type asthmatique. Le rhume des foins est la mieux connue, sinon la plus commune des rhinites spasmodiques.

Parmi les causes déterminantes de cette affection, il faut citer la présence dans l'air inspiré, de poussières irritantes, le plus souvent végétales, ou encore les *émanations de certains parfums*. Il est aisé de concevoir que, suivant que ces causes pourront s'exercer à n'importe quel moment, ou seulement à certaines périodes de l'année, les accidents qu'elles provoqueront seront *apériodiques* ou *périodiques*. Ce caractère chronologique n'a qu'une valeur nosologique très secondaire; cependant, au point de vue thérapeutique, il permet de distinguer utilement parmi les rhinites spasmodiques :

a) Le *type périodique*, qui 96 fois sur 100, est produit par la présence dans l'air du pollen des graminées ; et comme la floraison de ces plantes n'a lieu, en Europe, que du milieu de mai à la fin de juillet, on comprend que le *rhume des foins* (asthme d'été), qui résulte du contact de leur pollen avec la pituitaire, ne se montre périodiquement qu'à cette époque. De même, en Amérique, l'*asthme d'automne* ne se manifeste qu'en août et septembre, quand fleurit l'absinthe romaine, dont le pollen est son agent provocateur.

b) Le *type apériodique*, qui apparaît toutes les fois que l'individu est soumis à la cause qui met en jeu la susceptibilité particulière de sa muqueuse nasale : quand il respire de la poudre d'ipéca, de lycopode, etc., ou quand il sent une rose (*coryza des roses*). Ces causes déterminantes varient à l'infini.

b) Prédisposition générale.— Elle est indéniable. N'ont de rhume des foins que certaines personnes présentant une idiosyncrasie particulière, souvent héréditaire, presque toujours des *neuro-arthritiques*. Mais vouloir, avec l'école française, faire de l'arthritisme, diathèse si banale, la cause unique du rhume des foins, c'est s'enfermer dans un exclusivisme qui conduit à une thérapeutique insuffisante.

II. *Traitement.* — En tenant compte, au contraire, de cette triple étiologie, on arrive à instituer un traitement assez efficace : 1° palliatif, quand l'accès s'est déclaré : 2° prophylactique, lorsqu'on est appelé à intervenir dans une période de calme.

Traitement palliatif. — Il est fondé sur la médication interne et la médication locale.

a) Médication interne. — Elle a peu d'effet, en pleine crise. L'antipyrine, administrée en trois doses d'un gramme, à une demi-heure d'intervalle, arrête chez de rares individus le paroxysme à son début. Dans la forme dyspnéique, on se trouvera bien du traitement ordinaire de l'accès d'asthme : teinture de belladone ; combustion de papier nitraté ou de diverses poudres antiasthmatiques ; emploi de cigarettes de datura.

Dans plusieurs cas, cependant, on a pu enrayer en quelques jours l'accès annuel en prescrivant, à chacun des deux principaux repas, une cuillerée à soupe du sirop suivant :

Sulfate neutre d'atropine...............	0 gr. 005 milligr.
Sulfate de strychnine.	0 gr. 02 à 0 gr. 04 cent.
Sirop d'écorce d'orange.......	400 gr.

b) Médication locale. — La cocaïne amène un soulagement instantané ; elle doit être administrée en pulvérisations intranasales d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/100, à l'aide d'un pulvérisateur de Richardson. Cependant, pour les personnes que leurs occupations retiennent au dehors, il est plus commode de priser une poudre ainsi composée :

Chlorhydrate de cocaïne....	0 gr. 50 centigr.
Sucre de lait...............	10 grammes.

On pourrait remplacer la cocaïne par des pulvérisations d'huile mentholée à 1/20 ou d'acide chromique en solution aqueuse à 1/3000 ; mais ces agents lui sont très inférieurs.

C'est ici surtout que notre devoir est de crier aux malades : « Gare à la cocaïne ! » Le nez s'habitue à son effet ; pour obtenir une même sédation, il faut peu à peu employer des doses de plus en plus fortes, de plus en plus rapprochées ; la solution à 1/100 suffisait au début, le jour arrive bien vite où la solution à 1/10 devient nécessaire ; alors apparaissent les symptômes de cocaïnisme. Bien plus, la crise annuelle passée, le malade ne peut plus renoncer à son poison favori ; et c'est ainsi que la majeure partie des fervents de la cocaïnomanie nasale est fournie par les malades atteints de rhume des foins.

Quelles sont maintenant les causes prédisposantes du rhume des foins ? 1° les causes locales, nasales : les polypes muqueux, la rhinite hypertrophique, etc., ou seulement un certain nombre de régions aesthésiogènes dont l'attouchement léger suffit à provoquer des crises d'éternuement.

De là, découle une prophylaxie aisément applicable. Pour ceux qui ont une forme apériodique du rhume des foins, il n'y aura qu'un moyen d'en éviter le retour après une pre-

mière guérison : se soustraire aux odeurs ou poussières qui ont provoqué le premier accès (roses, ipéca, etc.).

Dans les cas de rhume des foins périodique, on n'aura comme prophylaxie qu'à éviter d'aller à la campagne ou dans les jardins, à partir du mois de mai, surtout pendant les années sèches, à ne pas sortir pendant les heures les plus sèches du jour, à ne pas s'exposer au soleil, et surtout à éviter le vent; mais, si l'on ne peut faire autrement, le port d'un lorgnon à verres fumés, l'introduction de tampons d'ouate à l'entrée des narines, la pulvérisation dans les fosses nasales d'huile de vaseline qui forme sur la pituitaire un enduit isolant, sont des moyens parfois utiles pour atténuer la crise. D'une façon générale, il faut surtout rechercher l'ombre et la fraîcheur : on cite des gens qui, pour demeurer indemnes, ont passé des semaines dans une cave. La villégiature à la campagne doit être déconseillée : mieux vaut passer les vacances au bord de la mer ou dans les montagnes.

La médication habituelle des neuro-arthritiques doit être suivie d'une façon persévérante. Elle comprend d'une part les alcalins, le sulfate de quinine à petites doses ; d'autre part, les médicaments antinervins, en particulier le valérianate de zinc. Le traitement thermal a de bons effets : on prescrira les eaux arsenicales ou alcalines.

Mais il est parfois impossible de soustraire le patient à la cause déterminante de ses accès ; il est souvent difficile de modifier son tempérament. Aussi doit-on essayer de disjoindre ces deux éléments étiologiques, dont la conjonction est nécessaire à la production du rhume des foins, en guérissant la lésion nasale qui ordinairement leur sert de trait d'union.

A. S'il s'agit de polypes, de rhinite hypertrophique, il faut intervenir chirurgicalement.

B. S'il s'agit de zones hyperesthésiques au simple contact du stylet, il y a lieu d'employer les cautérisations chimiques ou galvaniques.

C. Même en cas d'absence complète de lésions nasales, on devra faire soit une cautérisation ignée du seul cornet inférieur (procédé de Hack), soit une cautérisation chimique avec le porte-ouate et l'acide acétique cristallisable pur, dans toute la fosse nasale (procédé de Sajous), procédé plus douloureux que le précédent.

Il y a une remarque très importante qui doit être faite en terminant. Il faut procéder aux cautérisations nasales *avec la plus grande prudence* chez les individus atteints de rhinite spasmodique : 1° parce qu'en raison de la déséquilibration de leur innervation nasale, ils font parfois, à l'occasion d'une légère cautérisation, des réactions d'une violence inattendue ;

2° parce que, pour la même raison, et aussi à cause de l'habitude qu'ils en ont prise, la cocaïne n'exerce plus sur leur pituitaire son effet anesthésiant accoutumé.

CLINIQUE LARYNGOLOGIQUE

Le début du cancer laryngé.

A la période ultime de son évolution, le cancer du larynx est de diagnostic facile. Les douleurs lancinantes auriculaires, la salivation abondante et fétide, l'adénopathie ganglionnaire, l'envahissement des cartilages thyro-cricoïdiens donnant au toucher cette sensation ligneuse spéciale (carapace de homard d'Isambert), enfin l'examen au miroir laryngoscopique, ne laissent aucun doute sur la nature du mal.

Mais combien le tableau diffère au commencement.

Autant le néoplasme fait des progrès rapides et les symptômes se précipitent à la fin, autant le début est lent, insidieux, sournois. D'une façon générale, on peut dire qu'il passe inaperçu et le malade, déjà porteur d'un épithéliome mortel à brève échéance, se plaint à peine de son larynx, à part un léger enrouement auquel il ne prend pas garde, confiant dans son habituelle bonne santé.

C'est, en effet, par un trouble fort peu accusé de la phonation. chez un adulte souvent vigoureux, de quarante à soixante ans, que le cancer laryngé s'annonce. On s'explique cette bénignité en se reportant à l'anatomie pathologique : dans plus des deux tiers des cas, le néoplasme se localise sur une bande ventriculaire (corde vocale supérieure) ou sur l'épiglotte et n'est guère un obstacle au jeu physiologique des vraies cordes. Il altère la pureté des sons, leur timbre en particulier et la voix est couverte, un peu rauque, mais il est exceptionnel d'observer alors un enrouement intense. Ces modifications banales peuvent persister telles, pendant longtemps, des mois et même plusieurs années.

Il est un autre symptôme du cancer laryngé au début, plus tardif, il est vrai que le précédent, mais important et assez commun pour mériter qu'on s'y arrête : c'est la dyspnée.

Lorsque la tumeur a acquis un certain volume, une noisette je suppose, elle obstrue la lumière de la glotte et ferme en partie le canal destiné au passage de l'air.

La conséquence fonctionnelle de cette sténose est une oppression, tout d'abord faible, n'apparaissant qu'à l'occasion d'un effort, d'une marche, d'une fatigue ou après une longue conversation.

A cette cause d'ordre mécanique se joint quelquefois un spasme et le malade se réveille la nuit, étouffant un peu. Aussi, à cette période, la dyspnée peut en imposer pour de l'asthme vulgaire ou cardiaque et nous avons soigné récemment un sujet porteur d'épithéliome de la bande ventriculaire droite, qui fut d'abord traité pour de l'asthme nerveux, au point qu'il mourut, se croyant atteint de cette simple affection.

Une telle erreur n'est possible qu'au premier examen, car, le mal progressant, la gêne respiratoire revêt les caractères typiques de la sténose laryngée, inspiration longue et pénible, cornage, tirage, tous signes bien connus. Ces derniers caractères se rencontrent également dans l'oppression de la première période ; mais peu accusés, ils demandent à être recherchés avec un certain soin.

L'état général du malade est bon. Il a de l'appétit, son embonpoint est satisfaisant, il continue ses occupations ou ses plaisirs, car il est bien loin de penser à la gravité de sa « laryngite ». Le cancer de cette organe est, en effet, un néoplasme purement local et il est tout à fait exceptionnel de le voir se généraliser. Il faut arriver à la période terminale, alors que la

tumeur a envahi, en grande partie le larynx, qu'elle s'est ulcérée, compliquée d'orthopnée, de dysphagie, pour voir l'amaigrissement, la teinte jaune, la cachexie apparaître. Mais alors, les événements se précipitent, l'inanition se combinant à l'asphyxie, et marchent aussi rapidement qu'ils allaient avec lenteur tout d'abord.

On ne doit pas compter non plus, pour établir le diagnostic, sur l'adénopathie, si utile à constater aux autres régions. Krishaber déclarait ne l'avoir pas observée, lorsque le néoplasme est intrinsèque, c'est-à-dire siège dans la cavité même de l'organe vocal. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle est tardive, peu accentuée en général et très souvent n'existe pas dans les tumeurs des bandes ventriculaires et des cordes vocales.

Le cancer au larynx brille donc au début par l'absence des signes habituels à cette grave maladie: pas de ganglions, pas de tumeur, pas d'amaigrissement. Un enrouement trompeur, une certaine oppression pendant l'effort et c'est tout. En outre de cela, une marche lente, de longs mois, des années et on est tout étonné, parfois, de constater, avec le miroir, une masse cancéreuse déjà avancée, une olive et plus.

L'examen au laryngoscope présente la lésion sous différents aspects. Suivant les circonstances, on observe une infiltration d'une bande ventriculaire qui est tuméfiée, tomenteuse, rouge vineux, un épaississement d'une corde vocale, des noyaux mamelonnés dans l'épiglotte. D'autres fois la tumeur simule un polype ou des papillomes. L'infection commence par un point et s'y localise longtemps.

Le siège de la lésion, sa teinte rouge violacée, sa limitation, son aspect tomenteux, viendront aider le diagnostic.

Ce dernier n'est pas toujours facile alors, et on se rappelle les hésitations des meilleurs cliniciens, à propos de la maladie de l'Empereur Frédéric III.

La tuberculose si fréquente et surtout la syphilis, peuvent simuler le cancer laryngé. Elles s'y associent également dans quelques circonstances.

Les anamnestiques, l'existence d'une syphilis avouée, d'une tuberculose pulmonaire, l'hérédité cancéreuse, l'âge, le traitement spécifique d'essai, l'immobilité relative de la corde correspondante au côté envahi (H. Mackensie), en dernier lieu l'examen histologique d'un fragment de tumeur enlevé à la pince, seront les éléments d'un diagnostic souvent délicat.

Il ne faut donc pas se fier à la bénignité apparente de la raucité vocale, ni attendre l'arrivée des symptômes graves: adénopathie, amaigrissement, cornage et tirage respiratoires.

Il existe des signes parfois assez précoces qui mettront sur la voie. Ce sont: une salivation plus abondante accompagnée de fétidité de l'haleine, une gêne de la déglutition, surtout si la légion siège à l'épiglotte, une toux irritative plutôt rare, de légères hémoptysies laryngées, quelques douleurs auriculaires.

Nous pourrions nous résumer en disant qu'il est nécessaire de pratiquer toujours l'examen laryngoscopique, chaque fois que le malade se plaindra d'un trouble, même léger, de la phonation, si l'enrouement est persistant, avec ou sans dyspnée asthmatiforme, avec ou sans quelques-uns des petits symptômes dont nous venons de parler, salivation, fétidité de l'haleine, gêne pour avaler, etc.

L'importance d'un diagnostic, fait de bonne heure, est capitale pour la thérapeutique. Au début, en effet, se pose la question du traitement curatif.

Le cancer du larynx ayant peu de tendance à la généralisation, présente cet avantage d'être moins sujet aux récidives lorsque l'ablation est complète, avantage malheureusement compensé par la gravité d'une intervention chirurgicale sur les voies aériennes supérieures.

L'extirpation de la tumeur par voie endo-laryngée ou laryngotomie est difficilement totale. Elle ne peut être recommandée que dans des cas particuliers et rares.

L'opération de choix à cette période est la laryngectomie et surtout l'hémi-laryngectomie dont les résultats ont été les meilleurs.

Sans doute, beaucoup d'opérés succombent à l'intervention dans les premiers jours ou les premières semaines, par collapsus, hémorrhagie et surtout broncho-pneumonie, sans doute on note fréquemment la récidive ; mais en face de ces dangers indéniables on possède des exemples de cinq, sept ans et au delà de survie sans récidive, et ces résultats encourageants sont destinés à s'augmenter beaucoup avec le perfectionnement des méthodes chirurgicales et aussi le diagnostic précoce qui permet d'opérer dans des circonstances favorables.

Cependant tous les chirurgiens ne sont pas partisans de la laryngectomie et en face de cette opération, ils en élèvent une autre plus bénigne, la trachéotomie. Elle est particulièrement bienfaisante lorsqu'elle est faite dès l'apparition de la dyspnée. Elle calme ce pénible symptôme et en produisant le repos fonctionnel de l'organe, retarde l'évolution du néoplasme : l'examen au laryngoscope montre en effet un affaissement notable du cancer quelque temps après l'ouverture de la trachée.

C'est donc une excellente opération, dont la mortalité est faible, lorsqu'elle est pratiquée dans de bonnes conditions, avant la cachexie.... mais elle est sans espoir, et l'existence d'un cancéreux trachéotomisé n'est guère à envier la plupart du temps.

Aussi, en présence d'une tumeur bien localisée, nettement maligne, la laryngectomie et l'hémi-laryngectomie surtout, sont-elles les véritables interventions curatrices, celles vers lesquelles le médecin et le malade doivent diriger toutes leurs espérances.

Docteur P. LACROIX.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Comment la justice est rendue aux médecins.

Un vieux dicton dit qu'il faut avoir deux fois raison pour obtenir gain de cause devant les tribunaux. Juste peut-être pour le public, il ne peut guère s'appliquer aux médecins : pour eux les considérants et les attendus peuvent varier, mais ils convergent toujours vers le même but ; ils torturent le sens commun, cela va de soi, mais ils aboutissent toujours à la condamnation.

La chose n'est pas nouvelle et, en constatant

une fois de plus le fait, nous n'apprenons rien à nos lecteurs. Il n'en est pas moins curieux de relever de temps à autre ces jugements abracadabrants qui nous exaspèrent.... sur le moment et finissent avec le temps par nous faire rire, tant ils sont grotesques.

Voici le Dr B... de J... (Loir-et-Cher), il est appelé à soigner pendant 18 mois, à la requête de la mère, une fille majeure qui ne possède rien, elle, mais dont la mère possède.

La maladie terminée, il présente une note, de 112 fr. pour soins et médicaments — la mère répond que sa fille est majeure et qu'elle ne paiera pas pour elle.

Le Dr B... appelle la mère en conciliation, devant le juge de paix, puis assigne en justice la mère et la fille solidairement.

Dans l'intervalle, la fille quitte le pays pour se placer en service aux environs de Paris.

Le Juge de paix rend alors en substance le jugement suivant :

Attendu que la fille X... est actuellement hors du canton.

Attendu qu'elle est majeure et qu'il n'est pas suffisamment prouvé, qu'elle ait été soignée à la requête de sa mère.

Le Dr B... est débouté de sa demande et condamné aux frais.

Ni la mère ni la fille ne contestaient la dette. Mais la fille a quitté le pays depuis un mois ; mais, chaque fois que la mère est venue chercher le médecin pour sa fille, celui-ci n'a pas eu la précaution de lui faire établir, sur papier timbré, que c'était bien elle qui venait réclamer les soins — et le Dr B... ne recevra aucun honoraire et il paiera les frais du procès, bien heureux sans doute d'éviter des dommages-intérêts pour abus de citation !

Passons dans la Côte-d'Or et, de l'audience du Juge de Paix, transportons-nous devant le Conseil d'Etat.

La commune de A... a le bonheur de posséder une municipalité brouillonne, qui a la prétention de changer la face des choses et de faire revivre, sans doute, le paradis terrestre, mais qui à coup sûr entend faire parler d'elle.

Cette municipalité a décidé que tous les habitants, riches ou pauvres, seraient soignés gratuitement : pour cela elle a passé un marché avec le médecin d'une localité voisine et voté les fonds nécessaires.

Le Dr B..., propriétaire à A..., en sa double qualité de contribuable et de médecin, protestait contre cette décision : il exposait que, s'il appartient au Conseil municipal d'organiser l'assistance médicale gratuite il ne peut faire bénéficier de la gratuité les habitants de la commune pourvus de ressources et qu'en organisant la gratuité pour tous il a statué en dehors de ses attributions et porté atteinte au libre exercice de la profession médicale que lui-même exerçait à A... En conséquence il demandait au Conseil d'Etat d'annuler, pour abus de pouvoir, la délibération du Conseil municipal, ainsi que l'approbation à elle donnée par le Préfet de la Côte-d'Or.

La chose paraissait naturelle. — Or la section des Contentieux du Conseil d'Etat a rejeté le pourvoi du Dr B...

Ainsi donc il est entendu maintenant qu'une commune pourra appliquer ses ressources à assurer les soins médicaux gratuits à des gens qui n'en ont nul besoin et faire payer *des centimes* à de pauvres diables, bien empêchés, pour que les commerçants, les rentiers, aient le médecin à leur disposition gratuite.

Pourquoi pas la pharmacie municipale ? Pourquoi pas le pain gratuit ? Ce ne serait pas plus ridicule.

Il existe dans l'Ouest de la France une petite commune de 400 ou 500 âmes qui, favorisée d'un legs de 25,000 francs de rente, a pu assurer tous les services gratuits : le médecin y est gratuit comme le reste. Mais, elle, du moins, ne demande rien aux contribuables : elle a bénéficié d'un legs, elle en fait profiter individuellement tous ses membres et, pour assurer le service médical gratuit, elle s'adresse en outre au médecin du pays.

A A..., le cas n'est pas le même et la requête du Dr B... était absolument légitime. — Mais que diable, pourquoi les médecins viennent-ils troubler la douce quiétude administrative ?

Nous sommes maintenant au Ministère de la Justice.

Le Dr A..., de A..., est appelé à examiner l'état mental d'un inculpé et, pour ce, il est obligé de le visiter à six reprises différentes et naturellement de faire un rapport.

Fort du texte du décret du 21 novembre 1893 qui dit que les vacations seront comptées 5 francs et que tout rapport écrit donne droit, au minimum à une vacation, notre confrère compte :

Six vacations à 5 francs.......	30
Une vacation pour rapport.....	5
Total........	35

Le mémoire du Dr A... est naturellement rejeté et l'affaire ayant été portée devant le Garde des Sceaux, celui-ci répond que l'article 22 du décret de 1811 qui fixe le montant des vacations dues aux experts, n'a pas été abrogé par le décret de 1893, qu'en conséquence les vacations ne peuvent être tarifiées que 3 francs. En outre l'article 22 continue à s'appliquer non seulement aux opérations de l'expertise, mais encore aux rapports auxquels ces opérations donnent lieu.

Donc il y a bien un décret qui élève les honoraires médico-légaux, mais, en le promulguant, on s'est arrangé de façon à ce qu'il ne s'applique pas à la généralité des cas, qu'il y ait, toujours, un car, un si ou un mais, qui permette de ne pas donner au médecin ce qu'on lui a promis.

Ce qui étonne, c'est qu'appelé à ces expertises, le médecin ne réponde pas tout bonnement « qu'il ne se sent pas capable de les faire, ses connaissances étant insuffisantes ». Nous ne voyons pas ce qu'à une telle raison le juge pourrait répondre — mais ce léger sacrifice d'amour-propre coûte sans doute trop et on accepte, quitte à récriminer ensuite.

Donc qu'il s'agisse du Garde des Sceaux, du Conseil d'Etat ou des tribunaux, le résultat est toujours le même : les prétentions du médecin sont invariablement repoussées. Nous l'avons constaté une fois de plus. Dr A. G.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat des médecins des Côtes-du-Nord

19 *juillet* 1896

Présents : MM. Bedel, *président*, Allo, Le Voyer, Aubry, Guibert, Corson, Symon de Villeneuve, Codet, Rabasté, Thierry, Barbé-Guillard, Chauvière, Moy, Le Guern, Frogé, Donne, Houdet, Huet, Baudoin, Perrichon, Morault, Ch. Bellamy, Brindejonc de Tréglodé, Bourgault, Pallier.

Excusés : MM. Le Moniet, Flaud, Delafargue, Feillet, F. Bellamy, Bourel-Roncière, Chatelet, Pétin, Texier, père, Gouézou, Briend, Martin.

MM. Chauvière, *de Pordic* ; Boudouin, *de Corlay* ; Deshayes, *de Mûr*, et Morault, *d'Yffiniac*, sont admis à l'unanimité des membres présents.

Le Président, en ouvrant la séance, prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers confrères,

Je suis heureux, à l'ouverture de cette séance, de saluer les honorables confrères qui viennent d'être proclamés membres du Syndicat des Côtes-du-Nord ; qu'ils soient les bienvenus parmi nous.

A sa dernière réunion, il y a un an, le Syndicat, sur la plainte de certains confrères, donna à son bureau la mission d'aller trouver l'Evêque pour lui exposer les doléances du corps médical syndiqué à propos de la médecine illégalement et ouvertement pratiquée par les sœurs dans certaines communes et aussi pour le prier de mettre un terme à ces agissements.

Votre Bureau, Messieurs, pensa qu'il ne pouvait se présenter devant l'autorité diocésaine, sans avoir en main des faits positifs et ayant un certain caractère de gravité ; c'est ce qui donna lieu à la lettre-circulaire que j'eus l'honneur de vous adresser en décembre. Je vous priais, vous ne l'avez pas oublié, de me faire connaître les pratiques illégales et les faits graves pouvant être attribués aux sœurs dans vos régions respectives, en vous promettant qu'aucun nom ne serait prononcé.

Après ce qui s'était passé à la séance, je m'attendais à recevoir de très nombreuses réponses, mais mon attente fut déçue ; elles furent relativement rares. Elles formaient deux catégories bien distinctes. En effet, si les unes signalaient des pratiques illégales constantes et réellement répréhensibles, d'autres affirmaient que dans certains cantons il n'y avait aucun reproche à adresser aux sœurs. En priant les membres du Syndicat de me fournir des faits permettant à votre Bureau de se présenter avec autorité devant l'Evêque, je pensais faire un acte bien naturel et qui serait compris de tous. Je m'étais trompé, Messieurs ; un confrère m'écrivit, avec une politesse douteuse, que ma circulaire n'avait qu'un but, éviter l'accomplissement du mandat que le Syndicat nous avait impérieusement imposé. Je laisse à chacun le soin d'apprécier un tel procédé qui, je vous l'assure, n'eut pas le don de m'émouvoir.

A la demande de notre zélé Secrétaire, votre Bureau au complet fut reçu par Monseigneur avec une courtoisie parfaite ; nous formulâmes nos griefs avec fermeté et avec la discrétion la plus absolue ; nous n'oubliâmes aucun des faits sérieux signalés par les confrères.

Sa Grandeur voulut bien nous lire une circulaire très ferme, par elle adressée aux supérieures des diverses congrégations du département, les rappelant au respect de la loi et leur faisant toucher du doigt ce à quoi elles s'exposaient en l'enfreignant.

Monseigneur mit fin à notre audience en nous répétant qu'il nous recevrait avec empressement, chaque fois que nous aurions des plaintes à lui faire.

Vous le voyez, Messieurs, votre Bureau a fidèlement rempli le mandat que vous lui aviez donné ; vous lui direz si la situation a changé ou si, au moins, elle s'est modifiée.

Diverses poursuites ont été exercées pour faits graves, sans l'intervention du Syndicat, qui n'avait pas été saisi.

Le sieur D..., de Hénon, qui traitait ses malades par le tabac, a été condamné à 50 fr. d'amende, peine légère, puisqu'il y a eu décès ; une sœur de B... a été condamnée à 500 fr. et aux frais pour exercice illégal de la médecine.

Le journal l'*Union des Syndicats* et le *Concours Médical* nous avaient fait espérer, pour cette année, le vote par les députés de la loi sur la pharmacie, retour du Sénat.

D'accord avec l'honorable Président de l'Association, nous avons, au commencement de l'année, adressé une lettre-circulaire à chacun de nos députés pour attirer leur attention sur les articles 11 et 12 du projet de loi adoptés par le Sénat et pour les prier de voter les articles, avec les modifications indiquées par le corps médical.

La loi n'ayant pas été discutée à cette session, nous pensons, et vous penserez comme nous, qu'il sera utile de renouveler nos démarches à la rentrée des Chambres.

Je veux maintenant, Messieurs, vous dire un mot de la situation pénible que peut occasionner aux médecins la contestation de leurs honoraires, toujours si justement réclamés, par des clients indélicats. Si les contestations sont relativement rares, elles ont cependant eu lieu dans plusieurs départements et aussi dans le nôtre.

Si ces faits se présentaient chez nous, je tiens à vous faire savoir que votre Bureau, malgré tous les tracas que cela pourrait lui occasionner, accepterait d'être arbitre entre le client et le confrère contesté, bien entendu si ce dernier lui en faisait la demande. Dans ce cas, il irait au tribunal, représenter le médecin dont on contesterait les honoraires.

Il existe dans différents cantons du département, des hôpitaux où la préfecture envoie des malades étrangers à ces cantons et que les médecins de ces hôpitaux soignent gratuitement comme s'ils étaient du canton. Ne croyez-vous pas, Messieurs, qu'il serait juste que, pour ces malades seulement, les médecins reçoivent quelques émoluments. Si tel était votre avis, votre Bureau pourrait s'entretenir de cette question avec M. le Préfet.

Il ne me reste plus, Messieurs, pour terminer ma tâche, qu'un devoir bien doux à remplir, c'est d'adresser au nom du syndicat tout entier mes plus chaleureuses félicitations à notre sympathique confrère le docteur Robin, de Loudéac, pour la distinction flatteuse dont il a été récemment l'objet.

Hôpitaux cantonaux

Plusieurs confrères prennent part à la discussion de la question soulevée par le docteur Symon de Villeneuve, sur la situation faite aux médecins de certains hôpitaux de canton. Aucune résolution n'est votée.

Elections.

Les pouvoirs du Vice-Président et du Secrétaire étant expirés, leur mandat leur est renouvelé par 23 et 20 voix sur 24 et 22 votants.

Assistance médicale gratuite

Pendant la réunion de l'Association, la question de l'Assistance médicale gratuite a été discutée. Plusieurs confrères ont pris la parole, pour faire voir combien le corps médical avait peu de sympathie auprès des pouvoirs publics et combien ceux-ci seraient heureux de saisir la première occasion pour diminuer ou même supprimer la très modeste indemnité que nous avons demandée. Dans ces conditions, les délégués du corps médical au Comité départemental de l'Assistance médicale et pharmaceutique proposent de se montrer impitoyables pour tout mémoire qui leur semblerait exagéré. Ils sont résolus,

dans l'intérêt de tous, non seulement à ne pas soutenir les abus, mais même à les attaquer vigoureusement. Cette ligne de conduite est approuvée par l'unanimité de l'assemblée.

Lecture d'une lettre du docteur BAUDET signalant quelques particularités sur l'Assistance médicale.

Le Secrétaire du Syndicat,
Dr PAUL AUBRY.

REPORTAGE MÉDICAL

Distinctions honorifiques. — Nous avons le plaisir d'informer nos lecteurs que MM. les docteurs BARBÉ-GUILLARD (de Dinan), GOUPIL (de Ploermel), et JOUBERT (de Saint-Domineuc), membres du « *Concours médical* », viennent d'être nommés Chevaliers de la Légion d'honneur.

— Nous avons reçu le 1er *Bulletin du Bureau municipal d'hygiène*, de Boulogne-sur-Mer. Le mérite de cette utile création revient à notre distingué confrère, le Dr Aigre, maire de cette grande ville, qui est aussi une station maritime très luxueuse, très intéressante. Il fallait un maire, médecin, pour rivaliser au point de vue de l'hygiène avec les créations de M. le Dr Gibert, du Havre.

La santé publique sera désormais efficacement défendue à Boulogne et le Maire de la ville se fera un plaisir d'envoyer le *Bulletin d'hygiène* aux médecins qui le lui demanderaient.

— *Faculté de Lyon.* — Diplômes conférés par la Faculté en 1895-1896:

Docteurs en médecine	137
Officier de santé	1
Sages-femmes de 1re classe	24
— de 2e classe	1
Pharmaciens (diplôme supérieur)	1
— de 1re classe	31
— de 2e classe	22
Herboristes de 1re classe	4
— de 2e classe	1
	222

— *La patente des médecins.*— Le syndicat des médecins de la Seine a adressé à la commission des patentes le résumé suivant des *desiderata* du corps médical :

1° Que la patente des médecins, actuellement fixée au quinzième de la valeur locative, soit dorénavant fixée d'après la valeur des locaux, servant à l'exercice de la profession, en excluant les pièces destinées au logement des femmes et des enfants ; il est injuste d'imposer d'autant plus lourdement celui qui a d'autant plus de charges que sa famille est plus nombreuse ;

2° Comme conséquences le médecin qui a plusieurs domiciles ne sera soumis à la patente que pour le ou les domiciles où il exerce ; l'enregistrement des diplômes donnant seul le droit d'exercer, la double patente ne sera plus imposée à celui qui déclare et prouve ne pas exercer dans chacun de ses domiciles ;

3° Les chevaux et voitures servant à l'exercice de la profession seront considérés comme instruments de travail et non de luxe.

— *Stage hospitalier.*— Le classement des stagiaires pour l'année scolaire 1896-1897 (du 1er décembre 1896 au 15 juin 1897) aura lieu les 3, 5 et 9 novembre 1896, de 9 à 11 heures du matin, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

Les stagiaires ne changeront pas de service au mois de mars 1897.

Seront inscrits d'office sur la liste des stagiaires MM. les étudiants dont la scolarité sera soumise au stage au cours de l'année scolaire 1896-1897 et qui auront pris l'inscription de juillet 1896 à la Faculté de Médecine de Paris, savoir 8e ou 12e (régime de 1878), 4e (régime de 1893).

MM. les étudiants qui seront appelés sous les drapeaux en novembre 1896 sont priés d'en informer le doyen, par écrit, avant le 15 octobre 1896.

Une lettre de convocation individuelle sera adressée à chaque stagiaire.

— *Subvention à l'Institut Pasteur.* — Le Conseil général de la Seine a voté un crédit de 5,000 francs pour l'année 1896, sous la rubrique : « Subvention à l'Institut Pasteur pour préparation et distribution du sérum antidiphtérique à toutes les communes de la Seine. »

— *La mortalité chez les médecins et ses causes.* — M. Kortright (*Brooklyn med. Journal*) communiqué une statistique intéressante sur la mortalité et les causes de la mort des médecins. Leur moyenne d'âge est de 51,6 ans et leur mortalité de 25,33, tandis que la mortalité est de 15,93 chez les prêtres et de 20,23 chez les gens de robe. La mortalité médicale n'est dépassée que par les marchands de vin, les bouchers, les mineurs et les ouvriers pauvres habitant en ville.

Le suicide est quatre fois plus commun chez les médecins que chez d'autres classes d'hommes adultes. Sous ce chef sont compris beaucoup de cas d'empoisonnement par accident. Cette grande mortalité par l'auto-administration de drogues actives devrait faire réfléchir les médecins sur les dangers qu'ils encourent en se laissant aller à cette pratique.

Le chiffre des morts par la phtisie est normal ; la fièvre typhoïde, par contre, comporte 4 1/2 p. 100, au lieu de 1 1/4 p. 100 chiffre de la statistique générale des hommes adultes.

La sclérose artérielle et les autres dégénérescences des tissus donnent 35 p. 100 des morts. La statistique normale n'est que de 25 p. 100.

Ces maladies sont sans doute dues au surmenage, aux repas irréguliers et pris trop hâtivement, au jeûne trop prolongé, suivi de repas trop abondants et souvent arrosés avec trop d'alcool, au manque de sommeil, etc. La difficulté d'interrompre son travail pousse le médecin souvent à le continuer, quand son état exige impérieusement le repos.

Conclusions pratiques. — 1° Nécessité absolue d'au moins trois semaines de repos et de changement de milieu par an ;

2° Usage extrêmement modéré des alcools et des excitants ; ils ne doivent jamais remplacer les repas ;

2° Repas aussi réguliers que possible ;

4° Supension du travail de nuit si la santé est délabrée.

5° Se souvenir que les préoccupations font plus de mal que le travail ; de l'ordre et de la méthode épargnent bien des soucis. (*British med. Journal* et *Annales d'Hygiène*.)

— *Congrès de Médecine.*— Le prochain Congrès de médecine se tiendra à Montpellier en 1898, pendant les vacances de Pâques, sous la présidence de M. le professeur Bernheim, de Nancy.

Les questions mises à l'ordre du jour sont :

1° Des formes de la tuberculose ;

2° Des associations microbiennes.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4.108. — M. le docteur CLAVERIE, de Mouy (Oise), présenté par M. le Directeur.

N° 4.109. — M. le docteur DULISCOUET, de Lorient (Morbihan), présenté par M. le docteur Jeanne (de Meulan).

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 37 12 septembre 1896

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La lutte quotidienne du médecin.

Au moment où le corps médical belge engageait, l'année dernière, sa campagne de résistance contre la Fédération mutuelle, l'un de ses membres s'écriait : « Rappelons-nous après tout, chers confrères, que lutter, c'est vivre. »

Plus récemment, à son tour, M. le Dr Brunon, directeur de l'Ecole de médecine de Rouen, finissait par ces mots son appel à la croisade contre l'alcoolisme en Normandie :

« Je ne voudrais pas terminer sans faire allu« sion au rôle du médecin. Etudier les fièvres et « panser les plaies, c'est bien, c'est le métier. « Mais, à côté et au-dessus du métier, le méde« cin doit avoir encore des préoccupations, s'il « veut être autre chose qu'un affranchi de l'an« cienne Rome, utilisé par ses semblables et sou« vent dédaigné par eux. Il faut qu'il soit le « prêtre de cette religion qui gêne tant les éco« nomistes, l'hygiène. Chaque jour de sa vie « doit être un jour de lutte contre les préjugés « et les niaiseries qui mènent le monde. »

D'autres encore, pendant ce temps, organisent des levées de boucliers en faveur du traitement rationnel de la tuberculose. « Qui donc, dit l'un, parviendra à faire pénétrer dans les masses médicale et populaire, cette vérité incontestable, qu'en attendant le sérum spécifique, on doit guérir les 3/4 des phthisiques par le traitement dans les sanatoria ? » « Qui donc, ajoute l'autre, entamera et poursuivra jusqu'au succès, la campagne en faveur du *crachoir de poche*, arme si puissante contre la dissémination des bacilles et de leurs produits ? »

A ces appels, voici notre réponse :

Après avoir lutté contre la maladie, contre le malade souvent, contre l'entourage toujours, le praticien, en sortant de la chambre, doit s'attaquer au zèle intempestif de l'un, au mauvais vouloir de l'autre, mettre en garde contre les panacées du rebouteur ou de la commère, jeter une douche glaciale sur les illusions, ou au contraire relever le moral des découragés. Puis, cette première bataille plus ou moins bien gagnée, non sans les quelques horions de la critique incompétente, il lui faut prendre sa part d'une lutte honnête pour l'existence ; combattre pour ses honoraires, son gagne-pain ; s'habituer, par un effort difficile, à mépriser l'ingratitude du plus grand nombre ; répondre à la malveillance par l'accomplissement du devoir et par de nouveaux services rendus ; vivre, en un mot, sa vie professionnelle et publique dans un état de perpétuelle défensive, et sans autre soutien que les satisfactions de sa conscience.

Mais tout cela n'est qu'un commencement ; c'est encore le métier, comme dit M. le Dr Brunon.

L'existence du praticien s'enrichit de bien d'autres guerres, si le sentiment de son devoir le pousse à porter ses convictions dans les conseils élus, et à demander à ceux-ci, la réalisation des progrès nécessaires en hygiène et assistance publique. Là encore, là surtout, les plus cruels mécomptes l'attendent. Il n'y trouverait que dégoût et découragement, si, par avance, il ne s'était cuirassé de dédain contre mille attaques injustes, et si le succès de sa cause ne lui donnait pas un jour ou l'autre la seule récompense qu'il ambitionne.

Les bons bourgeois de France s'accorderaient certainement à dire que des journées ainsi passées sont suffisamment remplies.... surtout quand on est si peu certain de goûter une nuit de repos.

Cela prouve une fois de plus qu'ils ne connaissent pas le caractère du médecin.

Celui-ci est toujours doublé d'un apôtre.

Ne vous découragez donc pas, vous tous, les propagandistes avisés, qui nous montrez la terre promise des grands progrès d'hygiène et du salut national.

Vous trouverez toujours, ici, un écho fidèle,

et, parmi les nôtres, des lutteurs trempés par la continuelle lutte, qui constitue la vie du médecin vraiment médecin.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'emploi du sérum conservé par la dessiccation dans le vide.

M. le Dr Rochon ayant observé plusieurs fois des accidents assez graves avec le sérum ordinaire dans la diphthérie, et notamment une albuminurie des plus intenses, a pensé qu'on pourrait remédier aux altérations, encore inconnues, qui amènent ces accidents, en desséchant le sérum dans le vide. Depuis un an, il a toujours, à l'avance, un ou deux flacons de 10 centimètres cubes, évaporés dans le vide, et c'est ce sérum desséché et conservé dans des tubes stérilisés, qu'il injecte le cas échéant, après l'avoir redissous dans 9 centimètres cubes d'eau distillée stérilisée. (L'évaporation de 10 centimètres cubes de sérum laisse un résidu d'un gramme.)

Sur 37 cas dont 26 de diphthérie associée, il n'a jamais eu d'éruptions cutanées alors qu'auparavant, il en avait un nombre élevé. Il paraît donc, suivant M. Rochon, qu'il y aurait avantage à livrer le sérum sous forme sèche; les altérations inconnues et par suite inévitables, du sérum liquide seraient aussi moins fréquentes sinon supprimées.

L'approvisionnement serait plus facile pour les pays éloignés et les campagnes à communications défectueuses.

Enfin, sûr de ce qu'il injecte, le médecin hésiterait moins, en même temps que cette garantie rendrait confiance au public.

Anesthésie par les injections sous-cutanées de gaïacol chloroformé.

M. le Dr Colleville, médecin des hôpitaux de Reims, indique dans la *Gazette hebdomadaire* les bons résultats qu'il a obtenus de cette méthode dans diverses affections douloureuses. Le mélange doit être fait dans la proportion de 10 gouttes de chloroforme pour 6 gouttes de gaïacol.

Il est bon de laisser le flacon au sec, dans l'obscurité et de l'entourer d'un papier violet pour que le liquide ne se décompose pas.

La quantité à injecter varie de 25 à 60 gouttes de mélange, la moyenne à conseiller étant de 30 gouttes, ce qui correspond comme capacité à la moitié de la seringue de Pravaz.

Dans la zone injectée, la sensation accusée est celle d'une brûlure, disparaissant en général au bout de une à trois minutes, surtout si on a eu soin de faire profondément l'injection dans les masses musculaires.

La règle est de porter le remède le plus près possible du nerf malade ou du tissu intéressé.

Le médicament étant un analgésique local, lorsqu'il s'agit d'une région douloureuse assez étendue, comme le trajet total du sciatique, il peut être indiqué de faire dans une séance plusieurs injections espacées. Lorsqu'on est obligé de répéter dans le même point les piqûres à plusieurs jours d'intervalle, on doit rarement dépasser deux ou trois injections.

Ces injections permettent d'éviter le morphi-

FEUILLETON

L'alcoolisme en Normandie.

(M. Brunon, Directeur de l'École de Médecine de Rouen ; in *Bulletin médical.*)

Le Parisien s'imagine encore que les Normands boivent du cidre. Le cidre n'existe plus au cabaret de village ou au débit de la ville. Il est relégué maintenant chez le petit bourgeois sobre ou chez le propriétaire de la campagne. Les Normands boivent de l'eau-de-vie et dans des proportions effrayantes.

La ville de Rouen consomme annuellement beaucoup plus de mauvaise eau-de-vie de betteraves, de grains, de mélasse qu'il n'est fabriqué d'eau-de-vie de vin dans toute la France. Il y a dix ans, sa consommation par habitant était de 17 litres d'alcool ou 37 litres d'eau-de-vie à 45°. Et depuis dix ans, la consommation a augmenté très certainement (1).

On peut citer une rue de Rouen où, sur 150 maisons, on trouve plus de 75 débits.

Le Havre, Dieppe, Elbeuf, Lillebonne ont peu de choses à envier à Rouen. A Lillebonne, qui n'est qu'un petit centre, la consommation de l'alcool *pur* dépasse 19 litres par habitant.

Dans le département de la Seine-Inférieure, on rencontre un débitant pour 67 habitants.

Dans le Calvados, la consommation de l'alcool est encore plus élevée. En basse Normandie, le Dr Rabodanges estime que chaque habitant de sa région (Orne) consomme 43 litres d'eau-de-vie de cidre.

Aux personnes, que la grande question de l'alcoolisme en France intéresse, je ne saurais trop recommander la lecture, très suggestive, de la thèse de M. Tourdot, ancien élève de l'École de Rouen, et qui a recueilli, dans la ville même, les documents et matériaux de son travail.

Alcoolisme des ouvriers de la ville. — Du samedi soir au lundi soir les rues de Rouen offrent un spectacle attristant. On ne peut pas parcourir cent mètres, sans rencontrer un ivrogne titubant au milieu de l'indifférence générale. Tantôt il est seul, tantôt il est soutenu par un camarade ou accompagné patiemment par sa femme. C'est le plus souvent un ouvrier qui a déjà bu une grande partie du salaire de la semaine. J'ai vu souvent des vieillards, horriblement ivres, s'accrocher aux murs et suivis ou précédés de leur fils ou de leurs petits-enfants, qu'un tel spectacle ne scandalise nullement. La force de l'habitude.

Le lundi soir c'est autre chose. Des groupes descendent des hauteurs de Rouen : le Champ-des-Oiseaux, le Mont-Fortin, les Trois-Pipes. Ils crient à tue-tête des chansons sentimentales. Le père, la mère, les enfants, les amis se tiennent par les bras, se remorquent les uns les autres, et titubent en bloc.

Les ivrognes du samedi chantonnent ou jurent suivant leur tempérament, ils ont bu ignoblement chez les débitants de la ville. Les autres ont « fait la noce » dans les cabarets champêtres de la banlieue. Tous ont bu les mêmes poisons : le fil en 4 ou le fil en 6 (eau-de-vie à quatre ou six sous le verre) pour les riches, les apéritifs, l'eau-de-vie vulgaire et d'autres boissons plus ou moins infernales et décorées de noms pittoresques.

Ce spectacle n'est pas attristant pour tout le monde, et je connais des gens fort bien élevés, qui le trouvent amusant. « Rien de drôle comme un

(1) La progression de la consommation d'alcool en France est inouïe : en 1881 la quantité d'alcool imposée était de 89,985 hectolitres ; en 1892, elle était de 258,443.

nisme; elles ont bien réussi dans les douleurs du tabes, la sciatique, la névralgie du zona. M. Colleville les a employées aussi dans les douleurs congestives du rhumatisme, du rein déplacé, dans les tiraillements musculaires, et même dans quelques cas de fractures osseuses.

Régime alimentaire des diabétiques.

Le Dr *Richardière*, dans l'*Union médicale*, résume l'hygiène alimentaire des glycosuriques d'après Bouchardat : Tout le régime est basé sur un principe unique et invariable : le sucre et les féculents, transformés en glycose dans l'économie, sont nuisibles aux diabétiques. L'idée de supprimer le sucre dans l'alimentation des diabétiques est fort ancienne, puisque Rollo leur défendait déjà l'usage des aliments sucrés. A Bouchardat revient le mérite d'avoir montré la nécessité de cette suppression, et d'avoir formulé un régime dont l'efficacité a été confirmée par l'expérience universelle. La suppression du sucre dans l'alimentation des diabétiques est rationnelle, quelle que soit la théorie pathogénique invoquée. Dans la théorie de Bouchardat, cette suppression est nécessitée par les troubles de la digestion, considérés comme la cause de la glycémie. Dans la théorie de Claude Bernard, elle restreint l'hyperglycogénie du foie, en diminuant l'apport des aliments transformables en glycogène. Elle est encore nécessaire si on admet la transformation du sucre dans le sang à l'aide d'un ferment spécial (Pavy), ou si l'on considère la glycémie comme due à un défaut d'utilisation du sucre dans l'urine (Bouchard). Dans ces deux théories, en effet, elle empêche l'accumulation du sucre dans le sang.

Dans le régime prescrit par Bouchardat, et généralement conseillé aux diabétiques, la suppression du sucre et des féculents est à peu près complète.

Les graisses et les aliments azotés constituent la base de l'alimentation.

Le sucre et tous les plats sucrés sont formellement interdits. Les fruits, particulièrement le raisin, qui renferme beaucoup de sucre, sont exclus du régime. Les aliments qui renferment de l'amidon en quantité appréciable sont également défendus. Le malade doit bannir de sa table tous les légumes dit farineux : les pois, les lentilles, les haricots, les châtaignes, etc. Les pommes de terre, qui renferment 17 à 20 % d'amidon, sont moins nuisibles, mais ne doivent être permises que sous certaines réserves.

Les pâtes alimentaires (vermicelle, tapioca, macaroni, etc.), les pâtisseries sont proscrites.

Le pain, en raison de la grande quantité d'amidon que renferme la farine, est défendu aux diabétiques. La privation de cet aliment est presque toujours fort difficile à faire accepter par les malades de notre pays ; aussi, on a proposé de remplacer le pain ordinaire par le pain dit de gluten. Malheureusement, ce pain est d'un goût désagréable et d'une digestion difficile et les malades s'en fatiguent vite. D'autre part, le pain de gluten renferme encore une assez forte proportion d'amidon (de 16 à 44 %, d'après Boussingault). Aussi, quelques médecins renoncent à prescrire le pain de gluten et permettent une petite quantité de pain ordinaire,

---

ivrogne du lundi », me disait une jeune fille appartenant au meilleur monde.

Voilà ce que les habitudes locales d'alcoolisme laissent voir à la superficie. Si l'on cherche à aller un peu au fond des choses, on s'aperçoit immédiatement que parmi les *ouvriers des villes* il faut établir plusieurs catégories : les plus intelligents, les ouvriers de l'imprimerie, par exemple, ne se grisent pas ostensiblement, « ils s'imbibent » sans scandale, comme les bourgeois. Ils boivent de préférence l'absinthe, les amers, les apéritifs et les autres poisons « distingués ».

Les ouvriers du fer et du feu. — Les chauffeurs, forgerons, mécaniciens, chaudronniers, boivent beaucoup plus franchement et leurs habitudes d'ivrognerie sont lamentables. Dans un atelier qui occupe 150 ouvriers, le patron n'en connaît que *cinq* qui soient susceptibles d'être envoyés en ville, chez les clients de la maison, pour monter ou réparer quelque machine. Et encore ne faut-il pas les envoyer en dehors de Rouen. A la campagne, hors de surveillance, ils succombent et abandonnent le travail.

Dans ce même atelier, un homme ne buvait pas, quoique venant du Nord ; il a dû abandonner Rouen ; ses camarades lui rendaient la vie insupportable et le frappaient.

Un autre est ivre à jour fixe, le lundi. Une semaine de fêtes, il but tant et si bien qu'il perdit la notion du temps et arriva à l'atelier un lundi « sain d'esprit » ; sur la remarque qu'on lui en fit, il abandonna immédiatement le travail pour aller boire. Un autre, le meilleur ouvrier et le plus adroit, celui auquel on confie les travaux difficiles, « ne désaoûle jamais. »

Dans un établissement, sur 200 ouvriers 15 sont relativement sobres. Les autres ne peuvent pas « faire cinquante mètres dans la rue sans s'arrêter au débit pour boire ». Un d'eux m'est cité comme ne pouvant venir à l'atelier et ne pouvant en sortir sans être accompagné de sa femme comme un enfant. Sans cette précaution, il ne rapporterait pas 1 franc pour la famille. Un autre encore gagne 5 fr. 75 par jour, et depuis deux ans, il n'a déclaré chez lui qu'un salaire de 4 fr. 50. La différence s'ajoute à ce qu'il prélève chaque jour sur son salaire pour boire chez le débitant.

Je pourrais citer de nombreuses observations semblables et tout le monde peut les contrôler en interrogeant les patrons et en observant les ouvriers à l'heure de la sortie.

Il faut lire, dans la remarquable thèse de M. Tourdot, les observations qu'il a pu faire sur ce sujet. Il a vu vendre, chez un débitant voisin d'un grand atelier, jusqu'à 150 « apéritifs » en dix minutes.

M. Tourdot a étudié avec un soin spécial une autre catégorie d'ouvriers, ceux du port, « Les Soleils » comme on les nomme à Rouen. Il n'a pas craint de se mêler à eux et même de les « servir » chez le cabaretier pour les mieux observer. Mais tout Rouennais peut voir, dans les débits spéciaux que fréquentent « Les Soleils », cette masse grouillante d'hommes déguenillés qui se presse le long des comptoirs de zinc, tandis que les femmes attendent à la porte avec les enfants. Je ne connais rien de plus révoltant pour un médecin, c'est-à-dire pour un homme qui connaît la misère des malheureux, que le spectacle de ces êtres buvant et s'agitant entre le débitant, qui trône au comptoir et touche l'argent, et le groupe de femmes qui semble mourir de faim, sur le trottoir, à la porte de la boutique.

M. Tourdot est sévère pour ces ivrognes. Il a peut-être raison, mais ils méritent peut-être aussi plus de pitié que d'autre chose. Ils se recrutent dans toutes les professions, depuis le cocher jus-

ou proposent de remplacer le pain par quelques pommes de terre. En effet, avec une faible quantité de pommes de terre, on ne dépasse pas la quantité d'amidon qui serait introduite dans l'alimentation par le pain de gluten ordinaire.

Pour remplacer le pain de froment, Dujardin-Beaumetz a préconisé le pain de soya. Mais ce pain, fabriqué avec la graine du *Soya hispida*, a une saveur désagréable, et Lecorché a fait remarquer qu'il renfermait près de 40 % d'hydrate de carbone.

Toutes les viandes, sans exception, peuvent être servies aux diabétiques. La seule condition est qu'elles soient rôties ou préparées avec des sauces ne renfermant pas de farine.

Les graisses sous toutes les formes (huile, lard, etc.) sont très utiles aux diabétiques.

Les œufs, le fromage sont d'excellents aliments, que les diabétiques peuvent manger à volonté.

Parmi les aliments tirés du règne végétal, les légumes verts, choux, salades, artichauts, oseille, asperges, etc.), sont permis.

Comme dessert, on peut autoriser certaines graines (les noix, les noisettes, les amandes) qui renferment beaucoup de graisse. Parmi les fruits sucrés qui sont à proscrire, les poires et les pommes sont les moins nuisibles.

Malgré la suppression des sucres et des féculents, la nourriture des diabétiques peut donc être encore assez variée. Cependant quelques malades se plaignent constamment de l'impossibilité de satisfaire leur goût pour les aliments sucrés. Aussi, on a proposé diverses substances pour remplacer le sucre. Bouchardat et Pavy ont préconisé l'emploi de la glycérine pour sucrer les aliments et les boissons. Le goût sucré de la saccharine ou sucre de houille, dont le pouvoir sucrant est énorme, a semblé pouvoir également être utilisé. Après des essais nombreux, la saccharine a été généralement abandonnée à cause des troubles digestifs qu'elle détermine, en mettant obstacle aux fermentations qui s'opèrent dans la digestion.

La lévulose n'a pas les mêmes inconvénients et peut être recommandée pour remplacer le sucre.

Les boissons des diabétiques doivent être abondantes. Il est nécessaire qu'ils satisfassent leur soif, car la déshydratation des tissus se produirait facilement.

Toutes les boissons sont permises, à la condition que les boissons ne renferment pas de sucre. Les vins de Bourgogne et de Bordeaux conviennent parfaitement. Les vins de Champagne, les vins sucrés d'Espagne et d'Italie doivent être proscrits.

L'alcool peut être ingéré, mais en quantité modérée, car il exerce une action défavorable sur le foie, dont le fonctionnement est déjà altéré dans le diabète.

Bouchardat considérait l'usage du lait comme nuisible aux diabétiques. Des expériences de Kulz ont démontré que le sucre de lait (la lactose, était complètement brûlé par les diabétiques. Lecorché en conclut que les diabétiques peuvent faire usage d'une quantité de lait qu'il évalue à un demi-litre par jour. Suivant cet auteur, un demi-litre de lait par jour n'augmente pas le taux de la glycosurie.

Le régime lacté a même été recommandé com-

---

qu'à l'ancien étudiant, en passant par l'employé de bureau ; ils n'ont pas de domicile, le plus souvent, ils couchent l'hiver dans les wagons à marchandise et l'été sous les meules de foin des prairies voisines. Quelques-uns couchent pêle-mêle dans des bouges de la ville ; moyennant quatre sous, on les enferme dans des espèces de dortoirs où ils dorment au milieu de leurs déjections. Dans le vieux Rouen existait, dit M. Tourdot, un hôtel qui était le modèle du genre. « Les Soleils » l'appelaient « l'hôtel de la Puce qui renifle ». Le prix de la nuit y était de deux sous.

Ils gagnent de cinq à sept sous par heure et ne travaillent que pour boire. Ils ne dépensent pas plus de quatre ou cinq sous pour la nourriture, tout le reste passe aux mains du cabaretier en échange de boissons terribles.

Parmi les ouvriers du port, il faut citer, comme formant une élite, les charbonniers. Les premiers travaillaient à l'heure ou à la demi-heure, juste de quoi gagner pour boire. Les charbonniers travaillent à la journée. Ce sont souvent de beaux hommes musclés, d'une force et d'une agilité remarquables. On peut les voir sur les quais émerger un à un de la cale des bâtiments, portant le sac de charbon sur l'épaule gauche et l'apportant, au pas gymnastique, dans le tas à quai. Ils peuvent gagner 12 à 15 francs par jour. Ils se nourissent assez bien, ils boivent du café cinq ou six fois par jour avec 20 centimes d'eau-de-vie chaque fois. Relativement sobres pendant le jour, ils se « grisottent » tous le soir et quelques-uns boivent chaque soir ce qui leur reste de leur paye. Ils sont âgés de vingt-cinq à trente-cinq ans et la moitié d'entre eux ont un ménage. Après quelques années de ce régime, les forces ont diminué, ils ont l'aspect de vieillards rabougris et tombent de l'aristocratie qu'ils représentaient dans la catégorie inférieure « de la grande et de la petite carne » dont nous avons parlé plus haut.

Nous avons vu les femmes attendre leur homme à la porte du débit. A la longue, l'attente les fatigue ; elles entrent et finissent par boire comme Gervaise avec Coupeau.

Il y a nombre d'ivrognesses parmi elles. On peut les voir « abruties, muettes, immobiles dans un coin du débit comme des statues, puis chancelant tout d'une pièce, les plus ivres soutenues par les autres qui leur servent de piliers ».

Il faut faire une remarque à l'actif des *soleils* dont l'aspect est si repoussant ; sauf quelques exceptions, ce ne sont pas de méchantes gens ; les promeneurs, les femmes, les enfants, les domestiques peuvent passer au milieu d'eux sur les quais sans avoir à craindre une remarque malsonnante.

Ouvrières des villes. — L'industrie a enlevé la femme du foyer. L'ouvrière sort de chez elle vers six heures du matin, pour n'y rentrer qu'à six heures du soir. Pendant ce temps, les enfants sont à la crèche et la maison est déserte. Les aliments sont achetés tout préparés chez le charcutier. Le repas principal se compose de 25 centimes de substances alimentaires (pain, hareng-saur, charcuterie, « frites ») et de 50 centimes de café et d'eau-de-vie.

L'ouvrière se grise peu, elle s'intoxique lentement tous les jours. Il faut citer particulièrement les laveuses, les femmes de ménage, les cuisinières et les vieilles bonnes à tout faire. Dans certains quartiers, l'épicier, le marchand de légumes, le marchand de charbon et même le marchand de marrons vendent à boire et ils attirent la clientèle par ce moyen. A l'occasion d'une petite emplette, on vide rapidement un verre et on videra un autre verre chez un autre fournisseur.

L'alcoolisme des femmes, pour être un peu plus

me traitement du diabète par Donkin, qui affirme avoir eu de nombreux cas de guérison par le régime lacté absolu. L'observation de la plupart des auteurs n'a pas confirmé les résultats avancés par Donkin.

Les infusions de thé ou de café, non sucrées, sont permises aux diabétiques.

Le régime prescrit par Cantani est beaucoup plus rigoureux que le régime de Bouchardat. Cantani ne permet que les viandes et les graisses. Il défend absolument tous les légumes et tous les féculents. La seule boisson permise aux malades est l'eau pure ou l'eau chargée d'acide carbonique.

Un régime aussi sévère est rarement suivi par les malades. Exécutées dans toute leur rigueur, les prescriptions de Cantani paraissent pouvoir exposer les malades aux accidents du coma diabétique.

Les signes de la période de début du tabès.

Nous empruntons au *Monde médical* un résumé très exact des principaux signes que l'on doit rechercher dans la période de début du tabès ; ces signes sont :

le signe de Westphal,
le signe de Romberg,
le signe dit de l'escalier,
le signe du croisement des jambes,
la marche au commandement,
le signe de cloche-pied.

Le *signe de Westphal* est connu de tous et consiste dans l'abolition du réflexe rotulien. Il existe, dans les trois quarts des cas, à la période préataxique du tabes. Faisons observer que quelques personnes ne possèdent pas à l'état normal de réflexe patellaire.

Le *signe de Romberg* réside dans l'épreuve suivante : on fait tenir le malade, les yeux fermés, dans la station debout, dite du soldat sans armes. Au bout de quelques instants, on voit le malade osciller soit en avant, soit en arrière, ou se balancer latéralement. Son équilibre est instable, son système musculaire a besoin d'un régulateur qui lui manque : la vue, pour rectifier ses écarts. L'œil, en effet, est un agent supplémentaire qui vient au secours d'une coordination musculaire défectueuse. Ces incertitudes d'équilibre sont très peu accentuées au début de l'ataxie et pour les voir se produire il faut quelquefois attendre plusieurs minutes.

Signe dit de l'escalier. — Tous les ataxiques, même à la phase initiale de leur mal, éprouvent une difficulté extraordinaire à descendre un escalier. Cet exercice, en effet, qui est complexe, difficile, périlleux, exige la plénitude des facultés coordinatrices du mouvement et doit traduire plus qu'aucun autre l'imperfection naissante du système musculaire (Fournier). Les ataxiques descendent les escaliers lentement, en s'aidant de la rampe, trébuchent, portent le pied à faux, ont peur de tomber.

Signe du croisement des jambes. — Une personne qui veut, étant assise, croiser ses jambes l'une sur l'autre, élève sa jambe juste à la hauteur voulue et l'entre-croisement se fait sans hésitation. Il n'en est plus de même chez l'ataxique. Celui-ci hésite, projette la jambe avec une certaine vivacité à une hauteur exagérée par une sorte de mouvement saccadé et lui fait décrire

---

discret, n'en existe pas moins dans cette catégorie.

Les jeunes filles n'échappent pas à ce vice général ; elles y sont amenées par l'exemple et par les habitudes de la famille.

L'habitude invétérée de boire du café est une des causes de l'alcoolisme des jeunes filles, des adolescents et des enfants.

Bien des fois, j'ai vu à la consultation de l'hôpital des jeunes filles déclarer ne pas pouvoir prendre « du café vierge » et préférer supprimer le tout que de supprimer le cognac dans le café.

Enfants. — Il en est de même pour les enfants. Dès la première année « ils mangent comme nous » disent les parents. Pour les faire dormir, pour tuer les vers, pour les « purger » on leur donne du vin chaud sucré qui est considéré comme une boisson de luxe. Tous les matins l'enfant prend du café et fait « la trempette » avec du pain ; à midi, il prend de nouveau du café et, s'il a cinq ou six ans, du cognac.

Tous les enfants de la classe ouvrière sont élevés, non avec du lait, mais avec du café, et j'ai vu des mères sortir furieuses de la consultation parce qu'on proscrivait le café pour leur enfant. Vers 10 ou 12 ans, l'habitude impérieuse est prise de ne jamais boire de café sans cognac et l'usage prématuré du tabac vient encore ajouter au besoin de boire comme toute la famille.

Un des externes de mon service M. Bernadotte a bien voulu relever à la consultation du mardi le nom, l'âge et le diagnostic de tous les enfants qui boivent habituellement du café. Sur 50 enfants âgés de quelques semaines à 7 ans :

Deux enfants ont commencé à boire du café avant l'âge d'un mois ; quatre à 3 mois ; deux à 5 mois, cinq à 8 mois, un à 10 mois ; cinq à 18, 19 et 20 mois ; quinze à 1 an ; dix-neuf à 3 ans.

Quelques enfants de plus de six ans ne buvaient que du café depuis leur enfance. Les parents croient réellement rendre service à leur santé. Pour le cognac, c'est autre chose, ils savent fort bien qu'il est nuisible, mais par faiblesse ils cèdent aux goûts des enfants.

Quelle est la proportion des enfants qui boivent du cognac ? Il est difficile de le dire. On comprendra combien cette enquête est délicate. Voici cependant quelques documents : un homme fort intelligent, un instituteur qui ne réside pas à Rouen et qui m'a autorisé à citer son nom au besoin, faisant une leçon sur les boissons et l'alimentation, demanda dans une classe de 63 enfants de six à neuf ans, combien d'entre eux buvaient de l'eau-de-vie tous les jours : 24 mains se levèrent sur 63.

Il ne faudrait pas s'empresser de conclure sur ce fait, car il est probable que tous les enfants ne comprirent pas la question. L'opinion personnelle de l'instituteur, dont l'attention a été attirée sur le sujet, est que 40 % des enfants boivent de l'eau-de-vie après les repas.

Dans trois écoles de filles d'une grande ville de Normandie « la proportion des enfants qui boivent avec leurs parents, café, eau-de-vie, liqueurs alcooques, est de 75 °/o. Cette consommation est passée dans les habitudes des enfants les plus petits, et il n'est pas rare, dans les crèches, de voir des mères apporter à leurs petits une bouteille contenant du café. Or, ici, le café ne se boit pas sans eau-de-vie. »

On ajoute : « Les filles ne prennent pas d'alcool en excès, mais elles sont certainement familiarisées de bonne heure avec ce genre de boisson. La proportion de 75 % indiquée plus haut est plutôt modeste qu'exagérée. »

Dans les rues du quartier Est de Rouen on voit, le dimanche et le lundi matin, les enfants sortir des débits avec une bouteille de cidre et une bou-

un arc de cercle exagéré, qui indique une incorrection dans le jeu du système musculaire.

Signe de la marche au commandement. — Sous cette dénomination, le professeur Fournier réunit trois épreuves probatoires de l'ataxie au début.

Dans une première épreuve, le malade étant assis, on lui commande de se lever et de se mettre en marche aussitôt levé. L'ataxique se lève, mais au moment de se mettre en marche il chancelle, éprouve certaines oscillations qui l'obligent à assurer sa marche avant de partir.

Si le sujet étant en marche, on lui commande halte, il ne peut s'arrêter brusquement, il est emporté par le mouvement et ne peut s'immobiliser d'emblée, ou bien il se rejette en arrière pour résister à l'impulsion qui le pousse en avant.

Si l'on demande au malade de faire volte-face il éprouve une gêne, un embarras visible, il ne peut pivoter correctement et on observe chez lui une indécision d'allure, une hésitation marquée avec perte d'équilibre et quelquefois imminence de chute.

Ces diverses épreuves, dit le professeur Fournier, ne sont pas infaillibles, mais elles sont des réactifs puissants de l'incoordination ; elles sont plus sensibles et plus sûres que les procédés ordinaires d'exploration de la marche volontaire, puisqu'elles imposent au système musculaire des mouvements imprévus et soudains, plus aptes à déceler un trouble rudimentaire d'ataxie que les mouvements de la locomotion ordinaire.

Signe de l'attitude à cloche-pied. — Cette épreuve consiste à faire tenir le malade sur un pied, l'autre étant relevé et cela d'abord les yeux ouverts, puis les yeux fermés. C'est un signe d'équilibre demandant, pour ainsi dire, le jeu parfait de tous les muscles de l'économie. Aussi l'ataxique ne pourra se tenir sur un seul pied, il vacille, trébuche et finirait par tomber, s'il ne s'aidait de l'autre jambe pour se soutenir et rattraper l'équilibre. Si maintenant, on combine l'attitude à cloche-pied avec l'occlusion des yeux on porte au plus haut point les difficultés et on peut déceler ainsi les moindres troubles du mouvement et de l'équilibration. En effet, le malade, qui est privé déjà d'une de ses bases de sustentation, l'est aussi de la vue qui est un régulateur indirect de la locomotion. Aussi ne tarde-t-il pas à chanceler, à se balancer et il est menacé de chute.

Quand on soupçonne un malade d'être ataxique, il faut successivement interroger tous ces signes, qui ont chacun leur signification propre et qui peuvent faire dépister la maladie dès ses premières manifestations.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

L'Iode et l'Arsenic.

Dans un tout récent article du *Concours médical*, publié par un de nos confrères de province, il a été question d'un prétendu méfait de l'iode ; sans vouloir nier la valeur d'une observation clinique, nous voulons aujourd'hui réhabiliter l'iode et montrer ses bienfaits. Cette étude nous fournira l'occasion de parler aussi de l'arsenic,

---

teille de cognac. Il n'est pas rare que, chemin faisant et à la dérobée, l'enfant absorbe « deux ou trois lampées au goulot de la bouteille » (Tourdot).

Si le récipient est un verre et non une bouteille, l'enfant ou la femme porte ce verre comme le prêtre porte le Saint-Ciboire, la main appliquée dessus, pour empêcher l'évaporation de l'esprit. M. Tourdot a très bien observé cette habitude locale qui marque le respect dû à la divine boisson.

Ouvriers des campagnes. — Tout le monde connaît, par ouï-dire, les formidables ripailles auxquelles se livre le paysan normand à certaines fêtes (les Assemblées, les Rois, les baptêmes, les mariages et les enterrements), mais nos pères en ont fait bien d'autres, et ils ont, quand même, conquis l'Angleterre. Flaubert a dit : il faut que les Normands « mâquent » (mâcher, manger).

Là n'est pas le danger. Il est dans l'incroyable abus quotidien de l'eau-de-vie.

Dans une des plus riches plaines de Normandie, le gain d'un homme de vingt-cinq à cinquante ans est de 5 à 6 francs par jour. Il travaille de six heures du matin à huit heures du soir et fait cinq repas par jour. Il boit au moins 8 litres de cidre et 6 verres d'eau-de-vie, et ce ne sont pas des verres à liqueurs !

Le dimanche est passé tout entier au cabaret, et vers six heures, on peut voir des hommes ivres-morts couchés sur le bord de la route ou dans leur herbage. J'en ai vu un étendu le long de sa barrière qu'il n'avait pu franchir, et les femmes de la maison causaient tranquillement assises près de lui.

Le jour du marché (trois fois par semaine) le patron passe toute la journée au cabaret et, pendant que les ouvriers vendent les bestiaux, il boit entre 20 et 40 tasses de café.

Un café se compose d'une première tasse du vrai café auquel on substitue, à mesure qu'il s'épuise, une quantité considérable d'eau-de-vie sous le nom de *pousse-café*, *rincette*, *surrincette*, *consolation*, *gloria*, etc., etc.

Le gros bourg de la plaine en question a une population de 2000 habitants ; on y compte 28 cafés, tous prospères, et autant de « caboulots ».

Du côté de Flers et de Falaise, les ouvriers des champs boivent jusqu'à *un litre* d'eau-de-vie de cidre dans une journée. Ils boivent un grand verre à la fois, comme nous boirions de l'eau.

Dans un bourg du Vexin, qui est trop célèbre pour que je le nomme, le goût pour l'alcool est encore plus grand chez les femmes que chez les hommes. « Elles ne sortent pas de chez elles sans une fiole dans leur poche. Jeunes et vieilles ne vont pas chez l'épicier acheter deux sous de sel sans boire un verre. La rue qu'elles habitent porte le nom de *rue de Fiole*. Leur inconduite est notoire. Quoique leurs maris travaillent au loin, elles ont, comme les femmes des marins, beaucoup d'enfants, le plus souvent 8, 10, 12. Les deux tiers de ces enfants meurent. Les petites filles sont recueillies par les Sœurs qui leur donnent le déjeuner, le goûter et des vêtements. Les femmes revendent, pour dix sous, ces vêtements d'une valeur de trois ou quatre francs. On cite une femme qui vendait, pour boire, la laine de ses matelas et la remplaçait par du foin pendant l'absence du mari. »

Dans ce même pays, l'église est encombrée à la messe et aux vêpres. Le sonneur de cloches a neuf enfants vivants ; le matin toute la famille déjeune avec du pain trempé dans un verre de cognac.

Nous avons entrevu jusqu'ici l'alcoolisme *des malheureux*, dans un autres article nous montrerons celui *des classes aisées et des classes riches.*

cet autre précieux médicament, qui permet de régénérer l'organisme débile, quand on sait bien le manier.

I

L'Iode.

L'iode (ἰοειδής, violet) a été découvert par Courtois en 1812. Ce corps est très répandu dans la nature ; combiné aux métaux alcalins, on le trouve en même temps que le chlore et le brôme, dans l'eau de la mer, dans certaines eaux minérales, dans les eaux mères des soudes de varechs. Il existe également dans l'huile de foie de morue, dans les éponges ; enfin, à l'état de liberté, l'iode est en petites quantités dans l'air atmosphérique. Dans l'industrie, on extrait l'iode des iodures contenus dans les eaux-mères des soudes de varechs. L'iode est souvent falsifié : quand il est pur, il doit se volatiliser sans résidu, se dissoudre entièrement dans l'alcool et, pressé dans du papier buvard, ne pas laisser de traces d'eau. La réaction caractéristique de l'iode est la coloration bleue que ce corps communique à l'empois d'amidon récemment préparé.

L'iode se dissout dans 7.000 parties d'eau ; on augmente sa solubilité dans ce liquide, par l'addition d'iodure de potassium, qui dissout son poids d'iode. L'alcool, l'éther, la benzine, le sulfure de carbone, le chloroforme sont d'excellents dissolvants de l'iode.

En médecine, on emploie l'iode en dissolution dans l'alcool sous le nom de TEINTURE D'IODE et sous forme de *combinaisons métalliques et organiques* : *iodures de potassium, de sodium, d'ammonium, de strontium, de calcium, de fer, de mercure, d'argent, de soufre, de thallium, de plomb, d'éthyle, d'amyle, d'antipyrine, de méthyle, de naphtol, iodol, iodoforme, iodocrésine, iodure d'amidon.*

La teinture d'iode du codex est une dissolution de 1 partie d'iode dans 12 parties d'alcool à 90° ; donc, elle est au 1/12. Les teintures d'iode des pharmaciens sont souvent additionnées d'eau, contenant en dissolution un peu d'iodure de potassium : c'est la fraude la plus fréquente. Si l'on ajoute de l'eau pure, la teinture laisserait déposer un précipité d'iode fort visible. Une seconde, fraude, plus dangereuse, est l'emploi comme dissolvant de l'alcool méthylique au lieu d'alcool à 90°. Au bout de peu de temps, généralement, deux ou trois mois, la teinture d'iode s'altère, même si on l'a préparée avec l'alcool à 90° : la solution devient irritante et vésicante, quand on l'emploie en badigeonnages sur la peau, car, disent les chimistes, il s'y est développé de l'acide iodhydrique.

M. *Crinon* a observé qu'au bout d'un certain temps, toutes les teintures d'iode contiennent de l'acide iodhydrique. Il existe, cependant, un moyen de reconnaître la présence de ce corps, aussi M. Pouchet recommande-t-il, avant d'employer la teinture d'iode, d'en mélanger une petite quantité avec une proportion notable d'eau : s'il ne se forme pas de précipité d'iode c'est que la plus grande partie de l'iode s'est transformée en acide iodhydrique.

A ce sujet M. Vigier déclare que la teinture d'iode préparée avec de l'alcool à 96°, au lieu de l'alcool à 90°, comme le prescrit le codex, peut se conserver indéfiniment ; il serait donc à désirer, d'après lui, que cette rectification fût inscrite au codex.

D'ailleurs, M. Ferrand estime qu'en dehors des effets irritants des teintures d'iode impures, il faut tenir compte également de la susceptibilité de la peau, qui est des plus variables ; il a même remarqué que les peaux les plus fines ne sont pas toujours les moins résistantes.

L'iode est un puissant parasiticide externe et interne, qui n'a de supérieur que le mercure ; mais il est moins dangereux que ce dernier corps.

Il a une action excitante, irritante, caustique, suivant les doses. En très petite quantité, il est apéritif ; à forte dose ou à jeun, il produit de l'embarras gastrique.

Administré de quelque façon que ce soit, il est toujours transformé dans l'organisme en iodure alcalin ; il produit une excitation des organes d'absorption, de circulation et d'excrétion, qui peut s'accompagner de fièvre iodique et d'ivresse. Son action porte principalement sur le système lymphatique et les muqueuses (principalement la muqueuse respiratoire). Il s'élimine par toutes les sécrétions (urines, sueur, mucus). La céphalalgie, le coryza, la conjonctivite, la diurèse, consécutifs à son administration, résultent de la congestion qu'il produit sur la muqueuse des sinus et les reins au moment de son élimination. Sur la peau, cette élimination par les glandes sudoripares produit de nombreuses pustules d'acné (acné iodique). On a remarqué, chose curieuse, que les faibles doses d'iode ou d'iodures, provoquent plus de troubles de ce genre que les doses massives.

L'usage prolongé de l'iode amène une fonte des tissus (atrophies musculaires, testiculaires, etc.), et de l'amaigrissement. C'est cependant un moyen dangereux à employer pour faire maigrir certains obèses.

L'iode peut aussi produire à la longue l'albuminurie. On l'a accusé bien à tort de beaucoup d'autres méfaits, parce qu'il avait été administré à des malades gravement atteints, qui dans la suite ont présenté des complications inhérentes à leur maladie. En réalité, l'iode est le médicament par excellence des scrofuleux, des lymphatiques, des adénoïdiens, des syphilitiques, surtout à la 3e période (période tertiaire) ; la médication iodée est la seule rationnelle contre les rhumatismes chroniques, noueux, fibreux, déformants, et les myélopathies qui en sont bien fréquemment le véritable point de départ, la goutte, le paludisme chronique, l'obésité, les affections chroniques des nerfs, de la moelle et des méninges (névrites, ataxie, scléroses en plaques, amyotrophiques, méningites), sont bien souvent améliorées, sinon guéries par l'iode et les iodures. Contre les cardiopathies artérielles, l'artério-sclérose, les végétations chroniques de l'endocarde, l'emphysème pulmonaire, la bronchite chronique et l'asthme, quel médicament vaut l'iode et les iodures ? En revanche, tout néoplasme qui n'est pas syphilitique, scrofuleux ou tuberculeux, ne doit pas être traité par l'iode. Le cancer et les néoplasmes malins (sarcomes, épithéliomes, squirrhes) SONT AGGRAVÉS par l'usage de l'iode et des iodures (Verneuil).

L'iode est un fondant, mais pas universel ; il

congestionne les néoplasmes malins et aggrave l'état des malades. Il est mauvais aussi contre la tuberculose pulmonaire et provoque des hémoptysies. C'est une différence thérapeutique bien remarquable que celle de la réaction du tubercule pulmonaire et celle du syphilome pulmonaire, vis-à-vis de l'iode et des iodures: tandis que le second est guéri en quelques jours, le premier est subitement aggravé, et cependant le tableau clinique est bien peu dissemblable et les erreurs de diagnostic sont faciles.

L'iode et les iodures donnent de merveilleux résultats dans l'actinomycose, ainsi que l'ont prouvé les plus récents travaux.

A l'extérieur, on emploie l'iode (teinture) comme révulsif, comme excitant et détersif (ulcères sanieux), comme parasiticide (pelade, teignes, pityriasis), comme fondant (ganglions, adénites), comme antiseptique (en injections sous-cutanées contre la pustule maligne (Verneuil), comme irritant et cicatrisant (en injections dans les hydrocèles, hydarthroses, kystes synoviaux). M. *Duplay* guérit les kystes synoviaux du poignet, en injectant avec toutes précautions antiseptiques, deux ou trois gouttes de teinture d'iode pure dans chaque kyste sans le vider de son contenu.

Les hydrocèles, à poche peu épaisse, guérissent de même par ponction et évacuation de 1 centimètre cube de liquide, puis substitution d'un demi-centimètre cube de teinture d'iode au liquide évacué.

Les doses habituellement employées à l'intérieur sont les suivantes :

A. Teinture d'iode au 1/12 = V gouttes par jour pour les enfants au-dessous de 7 ans.

V gouttes avant chaque repas pour les enfants jusqu'à 15 ans.

X gouttes avant chaque repas pour les adultes.

Ces gouttes sont données dans un verre à liqueur de vin de Frontignan.

B. Solution iodo-iodurée de Guibourt :

Iode......................	5
Iodure de potassium.......	5
Alcool à 90°..............	50
Eau.......................	100

Pour les enfants, X à XX gouttes à chaque repas ;

Pour les adultes, XX à XL gouttes à chaque repas.

L'iode associé au tannin (sirop, solution, vin iodo-tannique) perd ses propriétés irritantes et son activité est plus grande qu'à l'état d'iodure de potassium.

Nous serons brefs sur les combinaisons de l'iode sauf sur les iodures alcalins, que nous étudierons plus particulièrement.

Les iodures organiques sont presque tous employés à l'extérieur: l'*iodoforme*, qui est un des plus puissants antiseptiques chirurgicaux, se donne cependant en pilules, cachets, ou injections hypodermiques contre la tuberculose pulmonaire et méningée, à la dose de 0,10 à 0,20 centigrammes par jour ; mais il est assez toxique. L'*iodol*, l'*iodo-crésine* sont des topiques antiseptiques. Les *iodures d'éthyle et d'amyle* se donnent en inhalations eupnéiques, contre la dyspnée cardiaque et asthmatique. L'*iodure de méthyle* est un révulsif comme le chlorure.

L'*iodure de naphtol* est un antiseptique topique peu usité.

Parmi les iodures métalliques, l'*iodure de plomb* et l'*iodure d'argent* sont des fondants d'un effet douteux ; on les emploie en pommade seulement.

L'*iodure de fer* est un des meilleurs ferrugineux à donner aux enfants sous forme de sirop de protoiodure de fer ; les pilules du même sel sont bonnes aussi. Le *protoiodure de mercure*, 0,05 à 0,10 centig. en 24 heures, est le spécifique unique de la syphilis au début (chancre et période secondaire) ; l'*iodure mercurique* ou *biiodure*, 0,01 à 0,05 centig., s'associe à l'iodure de potassium contre la syphilis tertiaire (sirop de Gibert et solutions mixtes plus fortes). L'*iodure de soufre* employé en pommade 2/30 est abandonné.

L'*iodure d'amidon* est conseillé par M. *Ferrand*, dans les cas où les autres préparations iodées sont mal tolérées et aussi contre les empoisonnements par les sulfures, les alcalis caustiques, les alcaloïdes, le mercure et le plomb.

V à X gouttes de teinture d'iode dans une tasse d'eau de riz sucrée.

Les iodures alcalins, l'iodure de *potassium*, l'iodure de *sodium*, l'iodure de *strontium*, l'iodure d'*ammonium*, l'iodure *de calcium*, l'iodure de *thallium*, etc., sont les sels les plus employés pour administrer l'iode à l'intérieur. Le plus connu est l'iodure de potassium employé par l'immense majorité des médecins.

On prescrit ce sel à la dose de 0,50 centigrammes jusqu'à 12 grammes par jour (Fournier).

Il possède toutes les propriétés de l'iode (résolutif, antiscrofuleux, antirhumatismal, antisyphilitique, eupnéique, antiscléreux).

Il agit sur le centre respiratoire et fluidifie les sécrétions ; à la dose de 2 à 3 grammes, il est tonique du cœur et vaso-dilatateur ; il hâte l'élimination du plomb et du mercure en formant avec ces métaux des combinaisons solubles ; il est le contre-poison des alcaloïdes dans l'estomac. Il s'élimine par les reins, les glandes salivaires, mammaires, muqueuses, sudoripares, et produit l'iodisme (catarrhe oculo-nasal, œdème, céphalalgie, acné). Le lait, la scille, le bicarbonate de soude, l'arsenic facilitent sa tolérance. La belladone, le bromure, rendent des services contre le coryza iodique, les antiseptiques intestinaux peuvent, dit-on, atténuer les éruptions iodiques.

Dans la scrofule, on donne 2 à 4 grammes d'iodure de potassium en 24 heures.

Dans la syphilis, les doses de 4 à 10 grammes sont courantes ; on peut aller jusqu'à 12 et 15 grammes en 24 heures.

Dans les affections rhumatismales, myélopathiques, méningées, névritiques, la dose est de 1 gramme par jour.

Dans les affections pulmonaires, cardiaques et artérielles, on donne 0,50 centigr. à 1 gr. en 24 heures, et on pousse jusqu'à 2 et 3 grammes dans les crises aiguës.

Mais, en général, nous sommes d'avis que l'iodure doit être interrompu tous les 10 jours par un repos de 10 autres jours alternativement.

La préparation que M. Fournier recommande pour l'administration de l'iodure de potassium est la suivante :

Sirop simple..................	350 gr.
Anisette de Bordeaux.........	150 gr.
Iodure de potassium.........	25 gr.

Une cuillerée à soupe représente juste 1 *gramme d'iodure.*

Le mieux est de *l'administrer avant et immédiatement avant le repas.*

Enfin, il est important de se souvenir que dans toute prescription renfermant de l'iodure, il ne faudra pas faire entrer d'alcaloïde, ni de sel de plomb, ces corps étant précipités par l'iodure.

Tout ce que nous venons de dire de l'iodure de potassium s'applique aux iodures de sodium, strontium, calcium, ammonium, thallium.

De ces divers médicaments, les plus employés sont l'iodure de sodium et l'iodure de strontium.

Il y a toujours dans le monde et même parmi les médecins une certaine défiance des sels de potassium, qui parfois engage à substituer l'iodure de sodium, par exemple, à l'iodure de potassium. Rappelons en quelques mots les résultats des recherches de M. le Dr *Briquet*, d'Armentières, que nous avons déjà indiqués dans le nº 11 du *Concours médical* de 1896, page 123.

a) l'iodure de potassium possède ordinairement une activité un peu supérieure à celle de l'iodure de sodium ; b) si, expérimentalement, il s'est montré plus toxique, cette toxicité relative ne s'est jamais manifestée par ingestion stomacale; c) enfin l'iodure de sodium est sans contredit mieux supporté en ce sens qu'il donne habituellement moins d'iodisme et que son goût est sensiblement moins désagréable.

En résumé, l'iodure de potassium doit être préféré à l'iodure de sodium, sauf dans les maladies des voies respiratoires et contre certaines douleurs rhumatismales.

Si l'iodure de potassium est mal toléré, soit d'emblée, soit au cours du traitement, il faut recourir au second dont la valeur thérapeutique indéniable n'est qu'*un peu inférieure* à celle de l'iodure de potassium.

Il serait peut-être pratique de toujours commencer par l'iodure de sodium qui est généralement mieux supporté, et, aussitôt la tolérance obtenue, de passer à l'iodure de potassium.

Si l'on admet qu'à la longue, l'iodure de potassium puisse avoir un effet dépresseur, que ne posséderait pas l'iodure de sodium, il convient, en cas de traitement de longue durée, d'alterner de temps à autre les iodures de sodium et de potassium, pour obtenir un maximum d'effet utile et le minimum d'effet dépresseur.

Dans les cas d'empoisonnement par l'iode, il faut donner des vomitifs, de l'eau amidonnée, de l'eau panée, de la colle de farine, de la magnésie calcinée, des boissons émollientes, une injection hypodermique de 0,02 morphine.

Dans les empoisonnements par les iodures, donner de la limonade sulfurique et de l'eau amidonnée ; puis, vomitifs, boissons émollientes et injection de morphine.

II

L'arsenic.

Non moins précieux que l'iode, mais plus dangereux est l'arsenic. Ce métalloïde non employé à l'état pur, se trouve dans la nature à l'état de sulfures (réalgar rouge et orpiment jaune, ou d'arséniures métalliques, sulfo-arséniure de fer ou mispickel). On l'extrait dans l'industrie, du mispickel calciné dans des cornues de terre. L'arsenic est insoluble dans l'eau et volatilisable par la chaleur à 180° ; il se condense à l'état cristallisé. Seuls ses composés sont usités en médecine : l'*anhydride arsénieux, l'acide arsénique*, les *arsénites* et les *arséniates* sont les seuls composés à la disposition du thérapeute. Lorsqu'on parle de l'arsenic, c'est généralement à l'anhydride arsénieux que l'on fait allusion ; c'est ce corps qui a servi tant de fois aux empoisonneurs pour accomplir leurs crimes, c'est le poison des Borgia et autres criminels connus. Les progrès de la chimie, qui ont permis de déceler de minimes doses d'arsenic dans les viscères des empoisonnés, ont détourné un peu le choix des criminels et leur ont fait abandonner ce poison trop facile à montrer au jury. L'arsenic est un antiputride puissant et un caustique. Les corps gras retardent son absorption ; il s'élimine par les reins, les glandes salivaires, le foie, la peau, les muqueuses. Dans l'intoxication chronique, la localisation a lieu dans les centres nerveux, — puis dans le foie, les muscles, les os spongieux. — A petites doses, l'arsenic favorise les fonctions digestives ; à fortes doses, il produit de la gastro-entérite, et ralentit la circulation ; il agit sur le globule sanguin, et le paralyse en quelque sorte, en diminuant son pouvoir absorbant pour l'oxygène. L'arsenic à dose élevée accélère, puis ralentit la respiration, diminue la capacité du globule sanguin pour l'oxygène, enfin paralyse la respiration. Sur le système nerveux, l'arsenic produit aussi une action paralysante que M. *Lancereaux* a rappelée récemment :

Ces paralysies toxiques se distinguent :

1° Par une localisation spéciale aux cordons nerveux des extrémités des membres, de préférence à ceux qui animent les muscles extenseurs, exceptionnellement aux nerfs optiques, phréniques et pneumogastriques.

2° Par l'atrophie des muscles affectés dont la contractilité électrique est diminuée ou même abolie et l'attitude demi-fléchie des membres résultant de la prédominance de l'altération des muscles extérieurs.

3° Par une symétrie à peu près parfaite en dehors des cas d'intoxication locale, aussi bien aux membres supérieurs, lorsqu'ils sont atteints, qu'aux membres inférieurs.

4° Par une marche ascendante qui des extrémités gagne la racine des membres et le tronc, de telle sorte qu'il ne serait pas illogique de les désigner sous le nom de paralysies ascendantes si celui de paralysies toxiques ne devait être préféré.

5° Par la concomitance des désordres subjectifs de la sensibilité générale, précédant d'ordinaire le trouble moteur et comme lui parfaitement symétriques et localisés de préférence aux extrémités des membres, qu'ils se manifestent par des sensations d'engourdissement, de picotements, de fourmillements, d'élancement et de brûlure.

6° Par des désordres objectifs et symétriques de la sensibilité générale également localisés aux membres avec intégrité presque constante de la sensibilité spéciale, lesquels se traduisent par l'exaltation ou la diminution de cette fonction suivant la nature de la substance toxique.

7° Par des troubles vaso-moteurs ou trophiques également symétriques et dont le maximum d'intensité atteint les extrémités des membres inférieurs, plus rarement celles des membres supérieurs.

M. Lancereaux a rapporté l'observation d'une jeune fille de 13 ans se plaignant de brisures dans les membres avec température s'élevant de 35 à 40 ; le pouls battait 130 fois par minute ; en dehors de cela le teint était frais et la malade ne se plaignait de rien. On pensa à la tuberculose, d'autant plus que la respiration était un peu soufflante à l'un des sommets pulmonaires.

M. Lancereaux fut appelé au bout de trois semaines. Les pieds étaient devenus douloureux et difficiles à mouvoir ; la jeune fille ne pouvait quitter le lit, l'appétit diminuait et l'amaigrissement avait succédé à la bonne mine de la malade. L'inspection des membres inférieurs mit sur la voie du diagnostic. Les muscles extérieurs étaient manifestement paralysés ; les réflexes patellaires étaient abolis, les réflexes plantaires amoindris. Le cœur, les poumons et les reins fonctionnaient normalement, cependant l'amaigrissement devenait de plus en plus considérable et la mort était proche.

Il s'agissait assurément d'une paralysie toxique. La malade, atteinte d'un psoriasis, avait pris pendant trois ans de l'arsenic. Cette constatation rapprochée des autres phénomènes, rendait presque certain le diagnostic de paralysie toxique arsénicale. La malade fut soumise à l'antipyrine, au régime lacté, au sulfonal pour rappeler le sommeil et au bout d'un mois elle était en pleine voie de guérison, son embonpoint revenait et ses paralysies étaient soumises à l'action des courants continus.

Les faits d'intoxication arsenicale avec fièvre sont très rares, M. Lancereaux n'a pu en retrouver aucun fait certain. Dans le cas ci-dessus, la fièvre ne dura pas moins de quatorze semaines, on avait d'abord diagnostiqué une fièvre continue, puis une lésion de la moelle épinière. La paralysie chez cette jeune fille doit se terminer par une guérison définitive à moins de complication. Cette observation est en tout cas très curieuse, parce qu'elle reproduit l'ensemble des phénomènes de la paralysie arsenicale chronique, à savoir :

1° Tout d'abord des vomissements faciles, muqueux et bilieux, avec saburrhes des voies digestives ; 2° un léger érythème pharyngo-laryngé et un état fébrile dont la courbe thermique offre avec celle de la fièvre typhoïde une certaine ressemblance, sauf la durée ; 3° des troubles de la sensibilité et du mouvement localisés spécialement aux extrémités des membres inférieurs, d'où ils irradient ensuite vers le tronc.

L'arsenic favorise l'embonpoint et produit une dégénérescence graisseuse du cœur, du foie, des reins ; il favorise le développement des os, diminue dans le foie la matière glycogène.

La dose toxique de l'anhydride arsénieux est de 0,03 à 0,10 centigrammes. L'intoxication aiguë se manifeste par : de la chaleur, une certaine constriction de la gorge, des douleurs épigastriques, des coliques, des vomissements, de la diarrhée d'odeur alliacée, des crampes, de l'aphonie, de la pâleur, de la petitesse du pouls, de la cyanose, de l'anurie, de la prostration, des pétéchies ou des vésicules, du délire, des convulsions et la mort. Si l'empoisonnement n'a pas une terminaison fatale, il laisse après lui du catarrhe gastro-intestinal et des paralysies.

Dans l'empoisonnement suraigu, les accidents gastro-intestinaux peuvent faire défaut ; les convulsions et le collapsus seuls précèdent la mort. L'accoutumance à l'arsenic existe, mais cet état ne permet guère d'ingérer sans danger plus du double ou du triple des doses habituelles.

En médecine, on emploie surtout l'arsénite de potasse en solution sous le nom de LIQUEUR DE FOWLER ; liqueur à 1/100 ; et L'ARSÉNIATE DE SOUDE (solution de Hardy, 0,05 centigr. ou 0,10 centigr. pour 300 c. c. d'eau distillée). La *liqueur de Pearson* (1/600 d'arséniate de soude) est peu utilisée ; les GRANULES DE DIOSCORIDE, dosés à 1 milligramme d'acide arsénieux (anhydride arsénieux) sont souvent infidèles.

Certains arséniates sont aussi beaucoup employés ; ce sont : l'*arséniate de strychnine, l'arséniate de fer, l'arséniate de quinine*. Les cigarettes arsenicales sont presque inusitées ; enfin on fait une pâte épilatoire avec l'*orpiment*.

Certaines eaux minérales contiennent une notable proportion d'arsenic et lui doivent leur activité (La Bourboule, Mont-Dore, Cransac, Vals, Dominique).

L'arsenic peut être administré par les voies gastriques, sous-cutanées et rectales. Par la voie gastrique, le traitement ne peut être continué longtemps sans produire de l'ardeur épigastrique, du dégoût, de l'anorexie.

Les injections sous-cutanées déterminent des accidents locaux, malgré toutes les précautions d'asepsie possibles.

La liqueur de Fowler, comme toutes les solutions arsenicales, s'injecte avec une grande facilité. L'injection rectale est préférable. Il ne faut jamais dépasser la dose de cinq grammes par injection.

L'auteur formule le mélange suivant :

Eau distillée............	56 grammes.
Liqueur de Fowler......	4 —

On commençant, on injecte cinq grammes de mélange matin et soir, puis, au bout de quatre jours de traitement, on fait trois injections matin et soir. On fait alors absorber un gramme de liqueur de Fowler, soit un centigramme d'acide arsénieux, dose faible qu'on peut continuer longtemps sans provoquer d'épreinte ou de ténesme rectal.

La seule contre-indication, c'est la diarrhée qui pourrait peut-être persister, si on continuait l'emploi des injections arsenicales.

Par la voie stomacale, on donne la liqueur de Fowler à la dose de 5 gouttes avant chaque repas, puis on augmente chaque jour d'une goutte matin et soir et l'on peut atteindre ainsi des doses de XV gouttes avant chaque repas : on diminue ensuite progressivement pour retomber à V gouttes.

L'arséniate de soude en solution à 0,10/300 se donne par cuillerées à soupe avant chaque repas, sans dépasser deux par jour, pendant dix jours seulement, de suite. Les arséniates de fer, de quinine, de strychnine, sont préparés en granules d'un milligramme : on en donne de 6 à 8

par jour, toujours pendant 10 à 15 jours seulement. Quand on prescrit l'arséniate de soude, il faut préférer l'eau distillée à tout autre excipient ; les vins, sirops, juleps sont moins bons à employer, car certaines précipitations peuvent se produire.

Les affections justiciables de l'arsenic sont : l'anémie des personnes ayant dépassé vingt-cinq ans, l'anémie des paludiques, la phtisie bacillaire, le cancer, le diabète, l'asthme, les affections herpétiques de la peau, la lymphadénie, la leucémie, l'épilepsie, la chorée, la dyspepsie atonique, certaines gastralgies.

L'arsenic améliore la gastralgie nerveuse caractérisée par l'existence de douleurs à l'estomac, lorsque celui-ci se trouve à l'état de jeûne, et par leur disparition après chaque ingestion d'aliments.

Le malade doit prendre trois fois par jour, entre les repas, un granule contenant deux milligrammes et demi d'acide arsénieux, pendant plusieurs semaines.

Dans les cas graves, la médication arsenicale doit être associée à l'application de révulsifs à l'épigastre. Quant à l'alimentation à prescrire au cours du traitement, il est préférable de permettre au patient une nourriture variée que d'instituer le régime des dyspeptiques.

Dans la chorée, Trousseau obtenait d'excellents résultats avec l'arséniate de soude ou la liqueur de Fowler : le premier à la dose de 4 ou 6 cuillerées à café de la solution 0.10/300 et le second à la dose de X à XXX gouttes par 24 heures.

Les empoisonnements par l'arsenic se traitent de la manière suivante :

Faire vomir abondamment. — Large administration d'eau chaude ou salée.

A volonté hydrate de sesquioxyde de fer, récemment obtenu en précipitant du perchlorure de fer (100 grammes), étendu d'eau (5 litres), par une solution de carbonate de soude (environ 80 grammes dans un litre d'eau), ou par 40 grammes d'ammoniaque dilué. Le précipité rougeâtre obtenu est filtré à travers un mouchoir. L'administrer dans de l'eau chaude en grande quantité, ou bien associer 12 grammes magnésie calcinée à une solution de 30 grammes, sulfate ferrique, pour eau, 250 grammes ; donner ce mélange trouble, par cuillerées, tous les 1/4 d'heure, ou encore fer dyalisé, 30 grammes, en donner plusieurs doses. — Magnésie calcinée en abondance.

Huile, ou parties égales d'eau de chaux et d'huile, à doses souvent répétées.— Stimulants. — Boissons émollientes. — Inject. hypod. de deux centigrammes de morphine.

Dr Paul HUGUENIN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Exercice illégal.

Il y a quelques semaines, on pouvait lire dans un journal de province au-dessous d'un portrait décoré la mirifique annonce suivante :

Le professeur X***, *dentiste et orthopédiste américain*, chevalier de plusieurs ordres, décoré de plusieurs médailles d'or, avertit le public que son cabinet est installé à ..... et qu'il est ouvert tous les jours de 9 h. du matin à 5 h. du soir.

Il guérit toute espèce de *hernies* ou *efforts* au moyen d'un procédé électro-galvanique, fruit de longues études et d'une grande pratique de ces infirmités, ce qui évite à l'homme de porter toute sa vie un bandage : Afin que tout le monde puisse profiter de ce procédé véritablement infaillible, le professeur ne reçoit d'honoraires qu'après guérison complète.

Mme X... se charge de l'application des bandages et appareils orthopédiques aux dames.

M. X... possède un très grand assortiment d'appareils électriques brevetés s. g. d. g. pour toutes les maladies nerveuses. S'étant depuis plusieurs années spécialement occupé des maladies des dents, il peut se charger des opérations les plus délicates et les terminer presque sans occasionner de douleurs.

Extraction des dents et des racines, même de celles qui auraient été brisées dans une précédente opération : plombage et aurification des dents cariées ; nettoyage des dents noircies, jaunies, qui les rend blanches sans altérer leur émail et leur restitue leur état naturel.

Visites gratis. Le professeur X... n'a pas de représentants.

C'est le boniment habituel de ces sortes d'industriels, et le *professeur* en question aurait pu allonger encore la liste des spécialités où il excelle sans que nous en eussions été extrêmement étonnés.

Cependant un de nos confrères, le Dr G... crut devoir signaler la chose au Procureur de la République et lui adressa la lettre suivante :

B... le 1er août 1896.

M. le Procureur de la République,

La loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine (art. 16, 17, 18 et 19) édicte des pénalités non seulement contre l'exercice illégal de la médecine, mais encore contre l'exercice illégal de l'art dentaire.

Dernièrement à Clermont-Ferrand, un faux docteur a été poursuivi et condamné sévèrement pour exercice illégal.

Or comme vous le savez par l'imprimé ci-joint, B... a l'avantage de posséder en ce moment un professeur (c'est plus qu'un docteur, puisque c'est le professeur qui fait les docteurs).

Je ne suis pas curieux, mais je voudrais bien savoir :

1° De quelle faculté ou de quelle école ce monsieur est professeur ?

2° En vertu de quel diplôme il exerce l'art dentaire ?

3° En vertu de quel diplôme il exerce la médecine ? — car il est orthopédiste, bandagiste et même guérit les hernies sans bandages, opère les fistules, etc..., et guérit *toutes les maladies* au moyen d'une eau colorée, qu'il vend un franc, sur la place et cinq francs à son hôtel.

Est-il permis, grâce à une autorisation de M. le maire ou du garde-champêtre, de se moquer plus ostensiblement d'une loi que l'on applique si rigoureusement aux médecins diplômés ?

Et n'est-il pas du devoir de ceux-ci de protester énergiquement et de requérir l'application de cette loi ?

Veuillez agréer....,

Dr G.....

P. S. Le grand professeur qui porte *deux rangées* de décorations, est descendu dans le premier hôtel de la ville : il a trois chevaux sur sa voiture et un orchestre de six musiciens, d'où frais énormes qu'il ne peut évidemment solder avec la recette qu'il fait ici. Alors d'où vient l'argent ? — Comme il a un fort accent étranger, bien des gens se demandent si ce ne serait pas simplement un espion, — A élucider.

Quelques jours plus tard, le commissaire de police annonçait au Dr G... qu'il venait de recevoir une lettre du Procureur de la République le priant de vouloir bien *prier ce monsieur professeur* de ne pas s'occuper de médecine.

A une invitation si courtoise, notre homme ne pouvait évidemment que faire une réponse : c'était de n'en pas tenir compte. Et c'est ce qu'il fit, continuant ses boniments, ses traitements, ses visites et ses consultations, escroquant le public et réunissant peut-être ses petits documents.

Nous ne sachons pas qu'il ait été le moins du monde inquiété.

Le public veut être trompé — qu'il le soit, mais du moins ce ne devrait pas être avec la connivence, plus ou moins tacite, de ceux qui ont pour mission de faire respecter la loi.

Encore un fait à ajouter à ceux que nous citions en parlant de la manière dont les médecins obtiennent justice !

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de l'Arrondissement de Joigny.

20 *juillet* 1896.

Présents : MM. Leriche, *président* ; Bazot, *vice-président* ; Longbois, *secrétaire* ; Bricard et Truchy, *membres du bureau* ; Boyer, *délégué par ses collègues de Saint-Fargeau et de Bléneau* ; Jacob, Fournier, Duran, Guyon, Wateau.

Excusés : les Drs Fort, Legendre, Michalski, Ragon, Toupance, Roché, Franchis, Guyard, Chamozzi, Boulland.

Compagnies d'Assurances-Accidents.

Après discussion, les conclusions et résolutions suivantes sont votées :

A. — Se délier d'avec les Cies, au terme des contrats qui ne seront pas en rapport avec les conditions stipulées par la suite.

B. — S'engager seulement pour la constatation des sinistres, en fournissant un certificat de blessure et un certificat de guérison qui seront payés chacun cinq francs sans que dans ce prix puissent être compris ni soins ni pansements.

C. — Les soins pour les blessés seront payés d'après le tarif moyen de la région.

A ce propos une commission chargée d'élaborer ce tarif est nommée. Sont désignés les Drs Boyer, Truchy, Leriche, Fort et Longbois.

D. — Si les Cies nous assurent le paiement de nos honoraires, une fois le sinistre réglé, il y aura lieu de leur accorder un tant % qui sera déterminé par la suite.

E. — Il y a lieu de faire connaître ces conclusions aux Compagnies et de se mettre en rapport avec elles, aussitôt le tarif élaboré, pour leur dire nos conditions.

F. — Les médecins de l'arrondissement de Joigny, qui ne font pas partie du Syndicat, seront informés de ces conclusions et invités à se joindre à nous dans la circonstance.

Assistance médicale gratuite.

L'assemblée constate certaines modifications heureuses, surtout dans les termes de ce règlement qui conclut ainsi : « L'administration départementale fait appel à la bonne volonté du corps médical, auquel elle a moins la prétention d'offrir de véritables honoraires, qu'une modique indemnité pour rémunérer les services qu'il rend chaque jour à la classe pauvre. » Le tarif des opérations, quoique modifié, est toujours insuffisant ; l'hospitalisation n'est pas organisée ; la plupart des maires, contrairement au règlement ne communiquent pas les listes d'assistance aux médecins et ne convoquent pas ces derniers ou leurs délégués à assister à la confection de ces listes ; certains indigents demandent le médecin sans présenter leur bulletin de visite et sans dire qu'ils sont inscrits. Il en sera référé à M. le Préfet à la prochaine occasion.

Intervention des médecins et chirurgiens de Paris dans la clientèle de Province.

Chaque membre est prié d'intervenir individuellement et confraternellement auprès des médecins et chirurgiens de Paris avec lesquels il a des relations.

Délégué à l'Assemblée générale de l'Union.

Le Dr Longbois, secrétaire, est nommé délégué.

Le secrétaire,
Dr Longbois.

P. S. — Depuis cette dernière réunion les Drs Wateau et Longbois ayant eu l'occasion de voir M. le Préfet, pour une question d'assistance, à eux personnelle, en ont profité pour lui exposer certains desiderata concernant l'Assistance médicale énumérés plus haut. M. le Préfet en a pris note et a dû faire le nécessaire auprès des maires de l'arrondissement.

REPORTAGE MÉDICAL

Les pharmacies coopératives. — Marseille a déjà trois pharmacies coopératives. A partir du 1er janvier prochain, la Société philanthropique de secours mutuels des commis et Employés de la ville, va en avoir une quatrième.

Nous savons bien que le *projet* de loi en discussion sur les sociétés de secours mutuels donnait ce droit à celles-ci ; mais nous ignorions qu'on eût abrogé jusqu'ici cette disposition de la loi sur l'exercice de la pharmacie, qui veut que celle-ci soit gérée par son propriétaire, exigeant que le diplôme et la propriété de l'officine reposent sur une même tête.

Mais les sociétés de secours mutuels nous en feront voir bien d'autres, et aux pharmaciens aussi.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

No 4.110. — M. le docteur Pitre, de Craponne (Rhône), membre de l'Association amicale des médecins français.

No 4.111. — M. le docteur Pétri, de Villefranche-sur-Mer (Alpes-Maritimes), présenté par M. le Directeur.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Souplet, de Nogent-le-Rotrou (E.-et-L.), membre du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 38 19 septembre 1896

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La dichotomie et la presse politique.

Pratiquer la dichotomie, c'est se livrer à un accord illicite, qui consiste dans le partage du prix des consultations ou des opérations, en une proportion plus ou moins élevée, entre le médecin traitant et le médecin ou le chirurgien qui a été appelé.

Nous disons accord illicite, parce qu'un principe domine ici : *Le médecin traitant ne doit jamais recevoir une somme quelconque, qu'ignore son client.*

Il est encore un principe qui doit marcher de pair avec le précédent : *Les médecins ou les chirurgiens, appelés par la famille ou par le médecin ordinaire, ont le devoir de veiller à la rémunération de celui-ci, dans une mesure aussi large que leurs propres exigences.* Au moment du règlement des honoraires, le consultant, l'opérateur doit dire à la famille : Je vous réclame telle somme, dont telle partie est affectée à ce que vous devez à votre médecin ordinaire, pour l'assistance qu'il m'a prêtée et pour la responsabilité qu'il partage avec moi, somme que je vais lui remettre en ce moment, en la prélevant sur celle que je viens de fixer pour la consultation, ou pour l'opération, et cela sans préjudice de ce que vous lui devez pour soins antérieurs ou consécutifs. De cette façon la famille pourra toujours se défendre.

La dichotomie, si elle existe à Paris, est rare en province. Elle n'y a guère pénétré et nos confrères, dans leurs assemblées, ont réagi et réagissent chaque jour, contre ces pratiques malheureuses ; ils ont résolu, en outre, de recourir le moins possible aux sommités médicales, parce que leur très coûteuse intervention épuise les ressources de leurs clients et que, d'ailleurs, avec les progrès de la science, notamment ceux de l'antisepsie, il leur est maintenant permis de se contenter d'appeler en consultation, dans la plupart des cas, leurs confrères voisins, désignés à leur choix par leur expérience et par leur âge.

Le taux des consultations et des opérations, quelqu'élevé qu'il soit, est licite, puisque le premier bourgeois venu a la prétention de recourir, pour sa précieuse santé, à ce qu'on appelle les princes de la science, et veut être traité en prince. Ces prix élevés ont même suscité, dit-on, des agences de recherche des opérations.

La presse politique vient de s'emparer de quelques faits scandaleux ; elle ne réussira pas à les généraliser et à faire croire que la profession médicale a perdu son honorabilité. Les médecins sont pauvres, trop pauvres, et ils le resteront, parce que leur sentiment du devoir les empêche de céder aux sollicitations de l'intérêt.

Si la presse, peut prouver que dans une maison de santé, le chirurgien pratique des opérations fictives, ce n'est pas au Doyen, qu'elle doit s'adresser ; c'est aux tribunaux, dont les assassins relèvent. Elle doit dénoncer ces crimes, qu'elle dit connaître, sous peine d'en être complice, de par la loi.

Si un professeur de la Faculté, un membre de l'Académie ont des conventions inavouables avec des médecins des stations, des établissements d'hydrothérapie, de massage et avec des chimistes, des courtiers, des agents de recrutement, qu'elle dise leurs noms et l'opinion en fera justice.

Toutes les professions ont des membres indignes, la presse plus qu'aucune autre, par la raison que le premier venu peut prétendre en faire partie. Dieu merci, la nôtre est encore en haute place, gardée par les longues études qu'elle impose, par les nombreux diplômes qu'elle exige et par ses traditions, que ne peuvent enfreindre ouvertement ses enfants tarés. Ceux-ci, nous les renions, puisqu'on reproche à la presse médicale d'avoir jeté, jusqu'à ce jour, un voile sur leurs écarts. Que la presse politique prononce des noms ; qu'elle en appelle à la justice ; c'est son devoir ; c'est la raison de son existence. Que, de plus, elle nous aide, lorsque nous réclamons

un *Conseil de l'ordre des médecins*, dans le but de faire la police chez nous.

Les professeurs des Facultés se recrutent dans le corps des agrégés. Mais ils proposent les doyens, qui sont nommés par le gouvernement. Les médecins sont censés être représentés par les doyens et par le conseil supérieur, dont les membres sont aussi consacrés par le gouvernement. Doyens et conseils se font, sans mandat, nos représentants, il serait temps que cet abus cesse et que les médecins soient démocratiquement représentés par leur pairs, issus de leurs suffrages.

Alors nous aurons voix dans les questions d'enseignement scientifique et professionnel et, responsables, nous réprimerons les abus, d'où qu'ils viennent.

A. Cézilly.

REVUE DES CONGRÈS

Les congrès de 1896 sont presqu'entièrement terminés à Nancy, à Genève, à Clermont, à Rouen et à l'étranger ; jusqu'à présent nous avons gardé volontairement le silence sur les travaux qui y ont été communiqués, nous réservant d'en résumer les conclusions et déductions pratiques les plus importantes, en une revue d'ensemble que nous présentons aujourd'hui à nos chers lecteurs.

I

Congrès de Médecine de Nancy.

Le congrès de Médecine, présidé par le prof. Pitres, s'est tenu du 6 au 12 août : il a été fort suivi et les communications y ont abondé.

La méthode de séro-diagnostic de la fièvre typhoïde, préconisée par M. *Widal*, a été longuement discutée. En voici l'exposé par M. Widal lui-même :

Je commence, dit-il, toujours par l'examen extemporané au microscope, après mélange du sérum à une culture en activité, dans la proportion de 1 pour 10. Lorsque la préparation est agitée de nombreux mouvements browniens, on a tout intérêt à la laisser reposer un quart d'heure *ou une demi-heure*, pour bien saisir la formation des amas. On doit toujours examiner par comparaison une préparation de la culture faite avant l'addition du sérum. L'usage d'une culture jeune est préférable.

Une culture en bouillon bien neutre, vieille de plusieurs jours et même, à la rigueur, de deux ou trois semaines, peut permettre le diagnostic, pourvu qu'on se conforme aux indications fournies plus loin.

En pratique, dans un laboratoire d'hôpital, on peut toujours avoir des cultures datant de quelques jours, suffisantes pour permettre l'examen immédiat.

Si l'examen extemporané me montre les amas nombreux et confluents, franchement bactériens et parsemant tous les points de la préparation à la façon des îlots d'un archipel, mon diagnostic est fait. Si les amas, tout en étant caractéristiques, ne sont pas très confluents, ou si je ne trouve que des bacilles mobiles et isolés, j'examine de nouveau le mélange, après plusieurs heures, à l'œil nu et au microscope. Après ce temps, le phénomène, lorsqu'il existe, est souvent plus apparent. En cas de résultat négatif, je réitère plusieurs jours de suite l'examen, tant que les symptômes suspects persistent.

Si l'on ne possède qu'une culture très ancienne, ou même une culture datant seulement de quelques jours, mais donnant, sous le microscope, avant l'addition du sérum, des précipités ou de faux amas réunis autour de grains de matière organique, il ne faut pas hésiter à rajeunir la culture et à remettre la réponse au lendemain. On peut mélanger le sérum au bouillon, ensemencer et mettre à l'étuve. J'emploie constamment ce procédé dans mon laboratoire, concurremment avec le procédé extemporané, quand je dispose d'un sérum pris dans des conditions de pureté absolue. Si je ne suis pas sûr de l'asepsie de mon sérum, je rajeunis une culture en l'ensemençant en bouillon simple. En moins de vingt-quatre heures, j'ai une culture nouvelle suffisamment troublée pour donner le phénomène au microscope, immédiatement après l'addition du sérum des typhiques. J'ajoute que, quelques heures après le mélange, des grumeaux peuvent être visibles à l'œil nu.

Le procédé extemporané que j'ai donné comme le plus expéditif et le plus simple et qui, jusqu'ici, a eu, en général, la préférence de ceux qui ont essayé la méthode, n'exclut pas les autres. Quand on dispose d'une étuve, on doit les employer concurremment ; on ne saurait s'entourer de trop de précautions, surtout dans les cas douteux observés au début ; ces procédés donnent la contre-épreuve de la première opération.

La méthode de séro-diagnostic m'a déjà permis de retrouver la propriété agglutinative dans le sérum de 22 typhiques soumis à mon observation. Dans tous les cas où j'ai obtenu ces résultats positifs, le diagnostic avait été fait par le procédé extemporané, et lorsque les autres méthodes ont été employées, elles n'ont fait que confirmer l'exactitude de la première.

D'importants rapports ont résumé l'état actuel de la sérothérapie, dont les progrès ont été si rapides et si surprenants :

M. *Roger* constate que les seuls résultats vraiment dignes d'être appliqués à la pratique sont ceux que l'on a obtenus dans la diphthérie, la streptococcie, la tuberculose (sérum de Maragliano), la fièvre typhoïde, la peste, la rage, la coli-bacillose, le choléra, la pneumococcie. Contre les autres maladies infectieuses, rien de sérieux n'a été obtenu.

Tout au plus, le sérum antitétanique est-il préventif : il n'est en tout cas pas curateur.

MM. *Albarran* et *Mosny* combattent l'infection urinaire par les inoculations sous-cutanées de sérum anticoli-bacillaire, et les injections intra-vésicales d'une certaine quantité de sérum.

M. *Treille*, d'Alger, combat la fièvre intermittente à sulfate de quinine, à rechutes, par les injections de sérum de Roux.

M. *Ferré* a obtenu l'immunisation contre la diphthérie par l'injection de sérum normal de cheval, non préparé, non immunisé.

M. *Rondot* a constaté dans l'érysipèle, à la suite de l'emploi du sérum antistreptococcique, une amélioration rapide de l'état général, avec chute de la fièvre, diminution de durée et de gravité de la maladie.

La rétrocession des lésions cutanées n'est pas moins accusée, même dans les cas les plus graves ; cependant la sérothérapie n'entrave pas toujours une nouvelle poussée, mais elle en atténue notablement les manifestations locales et générales, puisqu'elle peut évoluer sans fièvre ou même avec des températures basses.

L'hypothermie, qui survient parfois d'emblée, peut se maintenir au point de reproduire le tableau d'une maladie apyrétique.

MM. Béclère, Chambon et Ménard ont constaté que du sérum de cheval introduit en grande quantité sous la peau d'une génisse lui donne de la fièvre, des éruptions polymorphes simulant l'urticaire ou la rougeole et même des arthropathies, en un mot des accidents très analogues pour ne pas dire identiques à ceux qui, dans l'espèce humaine, succèdent assez souvent à l'injection sous-cutanée des divers sérums thérapeutiques.

MM. Béclère, Chambon et Ménard rapprochent le résultat de leurs recherches des observations faites par plusieurs médecins qui, en injectant, à des enfants atteints d'affections diverses, du sérum de cheval non immunisé contre la diphtérie, ont provoqué l'apparition d'accidents analogues.

Ils concluent d'abord que le sérum de cheval peut contenir des substances toxiques à la fois pour l'espèce humaine et pour l'espèce bovine, puis que, dans la question encore controversée de l'étiologie des accidents post-sérothérapiques, leurs recherches confirment l'opinion généralement adoptée : ces accidents ne sont pas dus aux toxines introduites dans l'organisme des animaux producteurs de sérum, non plus qu'aux antitoxines qui en dérivent, mais au sérum qui sert à celle-ci de véhicule.

Enfin, MM. *Mairet* et *Vires*, de Montpellier, ont constaté que le sérum sanguin d'un maniaque guéri, injecté à un maniaque en pleine excitation, est inoffensif soit localement, soit au point de vue de la nutrition générale ; et que les effets hypnogènes de ce sérum sont très nets et très profonds.

Dans un autre ordre d'idées, le Congrès s'est occupé des coagulations sanguines intra-vasculaires ou thromboses. M. *Mayet* les catégorise ainsi :

1° Les coagulations causées par des altérations vasculaires de causes exterieures aux veines (plaies, contusions, compressions mécaniques ou par des tumeurs) ;

2° Les coagulations causées primitivement par des altérations vasculaires nées d'un processus pathologique interne local, sans altération de la crase sanguine (varices, anévrisme, athérome, phlébite non infectieuse) ;

3° Les coagulations liées à l'hypoglobulie, aux modifications du sang qui l'accompagnent et qui agissent en troublant la nutrition de la paroi vasculaire, probablement sans intervention infectieuse (chlorose) ;

4° Les coagulations où l'altération primitive du sang joue le rôle principal, aidées par quelques conditions locales de trouble circulatoire ;

5° Les coagulations infectieuses (phlegmatia, fièvre puerpérale, phlegmatia dite marastique).

Pour M. *Maurel*, de Toulouse, il faut pour interpréter l'origine et le mécanisme des coagulations sanguines intra-vasculaires, se rappeler un certain nombre des faits :

A. — 1° A la condition d'éviter l'évaporation de notre sang et de le maintenir aseptique, il ne laisse déposer aucun filament de fibrine ;

2° Dans ces conditions, on peut le soumettre à toutes les températures compatibles avec la vie, et même au-delà, de 17°5 à 45°, sans voir la fibrine se déposer ;

3° Aux températures normales, on peut ajouter à notre sang de l'eau distillée, du chlorure de sodium, de l'iodure de potassium, de l'iodoforme, de la strychnine, de l'atropine, de la pilocarpine, de la cocaïne, de la morphine, de la quinine et de la caféine, sans provoquer un dépôt de fibrine ;

4° Cependant, dans toutes ces conditions on peut voir les leucocytes se désagréger et leur protoplasma se mêler au plasma sanguin, sans donner lieu à un dépôt de fibrine ;

5° Enfin, fait particulier à signaler, la bactéridie charbonneuse et le staphylococcus, les deux seuls du reste qui aient été étudiés à ce point de vue, perdent leurs propriétés fibrinogènes, au fur et à mesure que leur virulence diminue.

B. — Lorsque la fibrine se dépose, sa précipitation a lieu rapidement, comme s'il s'agissait d'un précipité chimique, sous l'influence d'un réactif.

Il ne semble pas que ces filaments doivent nécessairement commencer soit par les plaquettes, soit par les hématoblastes ;

C. — Enfin, relativement aux divers genres de thromboses, le Dr Maurel arrive à ces conclusions :

1° Que, dans l'immense majorité des cas, les thromboses à leur début sont leucocytiques ; et il explique plusieurs modes d'action des leucocytes, selon qu'ils sont amiboïdes ou non ;

2° Que les thromboses peuvent commencer dans les artères ou par les veines, quand leur endothélium est altéré ; mais que le plus souvent elles commencent dans les capillaires ;

3° Que ces thromboses peuvent être fibrineuses ou non fibrineuses ;

4° Que tout en admettant qu'il doit y avoir des exceptions, jusqu'à présent, il semble que le plus souvent les thromboses fibrineuses sont d'origine microbienne ;

5° Que si, dans certains cas, la lésion de l'endothélium précède la thrombose, le plus souvent c'est cette dernière qui précède la lésion des vaisseaux.

Enfin, M. *Barthélemy* insiste sur ce fait qu'indépendamment de l'agent infectieux, il faut tenir compte de l'état anatomique des tissus. Deux exemples : 1° un même malade prend, à trois ans d'intervalle, une fièvre typhoïde et une influenza. Vers le quinzième jour de la première et vers le huitième jour de la deuxième, il fait une phlébite, l'une à la jambe droite, l'autre à la jambe gauche; 2° trois jeunes dames, trois sœurs, ont de l'albuminurie, l'une à la suite d'une scarlatine, l'autre à la suite de l'influenza, la troisième à la suite d'une syphilis secondaire. On ne peut donc pas ne pas tenir compte de ces organes *minoris resistentiæ*.

La 3e question étudiée au congrès a été résumée magistralement par M. *Arnozan* ; cette question était : *Pronostic des albuminuries.*

1° Les connaissances chimiques actuelles ne permettent pas encore de différencier nettement les corps albuminoïdes en général, ceux de l'urine en particulier. Outre les peptones et les propeptones, on y trouve distinctement de la sérine, de la globuline, de la nucléo-albumine. Mais on ignore s'il n'en existe pas d'autres variétés, dont chacune correspondrait à un processus pathologique spécial.

2° L'albumine ne fait pas partie de l'urine normale (la question de la néphrozymase étant mise à part). On peut la trouver dans l'urine d'un grand nombre d'individus qui présentent les apparences de la santé, mais sans qu'on ait établi le pronostic ultérieur de ces sujets au point de vue de la morbidité et de la mortalité. Il est à noter que les circonstances indiquées comme provoquant cette albuminurie physiologique, sont précisément les mêmes qui font augmenter l'albuminurie pathologique.

3° L'albumine peut apparaître dans l'urine par suite du ralentissement de la circulation du sang dans le rein, par suite d'altérations sanguines, par suite de lésions de la membrane filtrante. Les altérations sanguines précèdent évidemment, dans beaucoup de cas, l'albuminurie, mais on ne saurait en conclure que ce soit des albumines normales qui passent directement dans l'urine, et il est fort possible que le rein, nourri par un sang vicié, présente des altérations qui déterminent une albuminurie vulgaire.

L'élimination des albumines normales, par le rein, constituerait une fonction tutélaire, véritablement dépuratoire, dont la réalité n'est rien moins que démontrée.

4° Quant aux lésions épithéliales du rein, elles sont très variables ; quand elles se rapprochent de ce que nous appelons l'inflammation, il est à présumer que l'albumine provient alors de l'exsudat inflammatoire de la membrane filtrante, comme on peut en trouver dans les exsudats de toutes les muqueuses enflammées.

5° Considérée au point de vue de sa valeur séméiologique, l'albuminurie est un symptôme infidèle, qui nous renseigne mal sur l'étendue et la profondeur des lésions ; son abondance, ses variations ne sont que d'un médiocre secours pour le pronostic. L'étude des éléments figurés de l'urine, celle de sa composition chimique sont d'une importance bien plus élevée. C'est l'état de la fonction rénale, et non la dose de l'albumine, qui fait le pronostic.

6° L'albuminurie n'est pas cependant, comme on l'a dit, un symptôme sans importance. Car, quels que soient ses caractères, elle indique un trouble vasculaire ou nutritif du rein et, par conséquent, est un témoin irrécusable des désordres d'un organe dont l'intégrité est nécessaire à la santé et à la vie.

7° L'albuminurie survient dans une foule de conditions ; accompagnée d'œdèmes, de troubles cardiaques et des troubles toxiques de l'urémie, elle constitue le mal de Bright, mal qui pardonne rarement, au moins dans sa forme chronique. Mais toutes les albuminuries n'y aboutissent pas.

8° A l'état aigu, l'albumine accompagne la plupart des fièvres graves (néphrites infectieuses et toxi-infectieuses). Elle passe généralement avec la maladie même qui l'a provoquée ; mais, même en dehors des cas où l'infection se complique d'une néphrite généralisée suraiguë (forme rénale des pyrexies) elle aggrave le pronostic des infections. La mortalité est plus forte dans les cas accompagnés de néphrite.

9° Si l'albuminurie survit à la convalescence, si surtout elle persiste alors que les germes pathogènes constatés dans l'urine ont disparu, elle tend à passer à l'état chronique, et le malade est sur le chemin du mal de Bright, où il peut aboutir, après des espaces de temps quelquefois longs, mais où il n'aboutit pas fatalement.

10° L'albuminurie complique la plupart des empoisonnements et même l'usage prolongé de beaucoup de remèdes, ce qui oblige le médecin à la plus grande discrétion dans ses tentatives thérapeutiques. Le pronostic ultérieur de ces albuminuries toxiques est généralement mal établi.

11° L'albuminurie affecte assez souvent la forme intermittente, cyclique, paraissant dans l'urine du jour et disparaissant dans celle de la nuit. Les oscillations sont parallèles à celle de la toxicité urinaire ; l'albumine paraît quand le malade élimine par son rein une quantité plus considérable de principes nocifs. Les mêmes oscillations s'observent dans les albuminuries permanentes chroniques, et sans doute sous les mêmes influences. Syndrome intéressant, l'albuminurie cyclique ne mérite pas le nom d'entité morbide.

12° L'albuminurie minima représente une altération du même genre que la cyclique : reste d'une néphrite infectieuse, début latent d'un mal de Bright, ou souvent aussi manifestation d'une auto-intoxication légère.

13° L'auto-intoxication joue, en effet, un rôle important dans la pathogénie des albuminuries, et par suite dans leur pronostic ; c'est elle qui explique la présence de ce symptôme dans la dilatation de l'estomac, dans les entérites, dans l'étranglement interne, dans les maladies du foie, dans le surmenage, peut-être même dans les néphrites *a frigore* et dans les brûlures.

14° Si une auto-intoxication très aiguë peut amener une néphrite aiguë, évoluant ensuite pour son propre compte, les auto-intoxications chroniques et légères ne cessent de gouverner les albuminuries qu'elles provoquent, celles-ci peuvent guérir, quand leur cause pathogénique cesse.

15° Mais si le trouble de la sécrétion urinaire a duré trop longtemps, même la cause cessant, l'albuminurie persiste et une néphrite à marche chronique se constitue.

16° Les causes qui amènent la pérennité de ces albuminuries sont nombreuses ; mais il faut mettre au premier rang un mauvais régime, une mauvaise hygiène et surtout l'hérédité. On peut, en effet, recevoir de ses ascendants des reins défectueux, prêts à succomber au premier choc. L'albuminurie de la mère se transmet directement au nouveau-né et l'enfant né d'une mère albuminurique et surtout éclamptique est plus qu'un autre prédisposé à succomber aux phénomènes immédiats ou aux suites éloignées d'une néphrite infectieuse.

17° L'albuminurie complique souvent le diabète ; elle ne l'améliore pas, comme on l'a cru, mais elle peut le remplacer. C'est une véritable

néphrite qui s'établit. La dose d'albumine semble, dans ce cas, assez importante à considérer : plus elle est élevée, et plus on voit, en général, le sucre diminuer. Le pronostic s'aggrave en raison de cette progression.

18° Dans la tuberculose, l'albuminurie peut revêtir plusieurs formes : néphrite infectieuse à marche lente mais irrémédiable, dans la tuberculose rénale ; albuminurie d'auto-intoxication à grandes oscillations chez les tuberculeux à fièvre, à estomac dilaté et à gros foie ; néphrite due à l'intoxication par la tuberculine, dans les cas de tuberculose atténuée et peut-être dans les formes d'albuminurie prétuberculeuse.

19° En définitive, l'albuminurie reconnaît deux grandes séries de causes : les infections, les intoxications. Si ces causes présentent d'emblée une grande intensité, elles peuvent arriver rapidement à la désorganisation rapide du rein, à l'urémie et à la mort. Si elles sont modérées, l'albuminurie pourra exister sans provoquer de troubles importants et, dans ces cas, la cause une fois supprimée, elle disparaîtra à son tour, à moins que de mauvaises conditions hygiéniques, une hérédité malheureuse ou une trop longue durée ne fassent du rein un point de moindre résistance et ne permettent alors la constitution d'une néphrite chronique, qui évoluera émancipée de ses conditions pathogéniques primitives.

M. *Linossier* se sert pour précipiter l'albumine du procédé de Heller, et il résulte de ses observations que le retard dans l'apparition de l'anneau, son opacité moindre, sa diffusion plus grande, sa formation dans la partie élevée du verre à expériences sont des signes de pronostic favorables.

Ces caractères, qui sont peut-être seulement la conséquence de différences dans la constitution de l'urine, acquièrent, quand ils sont groupés, assez de valeur pour qu'on puisse tirer, de leur observation, un bénéfice sérieux.

M. *Carrieu*, de Montpellier, recommande l'emploi des bains d'air chaud dans l'albuminurie ; il fait remarquer que la sudation produite par le bain chaud soulage le rein en dirigeant vers une autre voie une partie des principes qu'il doit éliminer et qui viendraient l'encombrer.

De plus, l'application de la chaleur au tégument externe a pour effet de régulariser les échanges, tout comme les autres excitations (frictions à la brosse, au gant de crin, etc.), et les albuminuriques sont souvent des malades chez lesquels les combustions se font mal, sont déviées du type normal.

Le bain d'air chaud remplira donc deux indications principales : il allégera le rein par la sudation abondante qu'il produit, et régularisera les échanges organiques.

La façon de le donner est des plus simples : un lit ordinaire d'hôpital avec cerceau pour maintenir les couvertures élevées autour du malade, un fourneau à alcool avec tuyau se rendant sous les couvertures, font les frais de l'installation. Le malade couché dans ce lit, *la tête hors des couvertures, pouvant ainsi respirer à l'air libre*, reste dans l'air chauffé à environ 40° durant vingt minutes. Cette opération est répétée tous les trois ou quatre jours.

Les effets physiologiques immédiats se traduisent par une sensation de chaleur nullement désagréable, une sudation abondante, accompagnées d'accélération du pouls (à peu près vingt pulsations de plus qu'à l'état normal) et d'élévation thermique du corps (1° à 2°). La respiration n'est nullement embarrassée. Il ne se produit aucun accident, sauf quelques palpitations et de la céphalée pendant les premiers bains. Ces symptômes durent encore une heure après le bain, puis ils vont en s'atténuant ; la sueur est le phénomène qui persiste le plus longtemps.

Les effets thérapeutiques se manifestent par les modifications des urines, dont la quantité diminue le lendemain du bain ; puis une polyurie assez intense, mais passagère survient, le jour suivant, comme si le rein reposé éliminait avec plus de facilité. La densité de l'urine suit une marche inverse de celle de la quantité, fait à prévoir. L'urée ne subit guère de modifications. Le taux de l'albumine diminue fortement; le lendemain du bain, pour augmenter les jours suivants, mais sans revenir au chiffre antérieur, peu à peu cette diminution devient persistante et fait même place à la disparition complète de l'albuminurie.

Les bains d'air chaud sont indiqués dans les cas de néphrite subaiguë et chronique, à forme épithéliale ; ils sont proscrits, au contraire, dans les formes vasculo-conjonctives. Enfin, ils sont contre-indiqués lorsqu'il y a coexistence de l'artériosclérose, de dermatoses ou d'un état nerveux.

M. *Magnol* (de Montpellier) fait, en son nom et en celui de M. Carrieu, une communication de laquelle il résulte que chez un grand nombre de malades ils ont pu observer des effets excellents de l'emploi des purgatifs drastiques répétés. Les proportions d'albumine diminuaient notablement après la médication ; jamais ils n'ont observé aucun accident : il n'y a eu notamment ni entérite, ni dépérissement.

Nous terminerons ce compte-rendu par quelques remarques sur les communications que nous avons trouvées le plus pratiques parmi les innombrables travaux présentés.

M. *Bourneville* expose les résultats dus à la médication thyroïdienne sur des idiots ou des imbéciles atteints de myxœdème infantile, d'obésité, d'arrêt de développement physique (*nanisme*).

La médication thyroïdienne, chez les myxœdémateux, facilite le traitement médico-pédagogique d'une façon indubitable. Elle a une action très remarquable sur la croissance, en particulier sur la taille.

M. *A. Brochet* résume les expériences qu'il a faites pour établir la quantité de formaldéhyde nécessaire pour produire la stérilisation des germes, soit en autoclave, soit dans un appartement. Il expose le principe d'un appareil destiné à produire cette formaldéhyde gazeuse, en dissolvant, sous l'influence d'un courant d'air chaud, soit les polymères solides de l'aldéhyde formique, soit la solution commerciale, et passe en revue les différents facteurs influant sur la désinfection : quantité, temps, humidité, température.

M. *Paul Sollier*. L'hystérie, qui peut amener des troubles trophiques dans tous les membres, peut

en provoquer également sur les dents. Il s'agit d'une atrophie de la dent, atrophie qui commence par une érosion de l'émail, se montrant par petites places, de formes arrondies, à bords lisses, décroissant de la périphérie au centre, où la dentine est mise à nu. Une fois que l'émail est ainsi disparu, sans carie sèche, ni humide, la dentine devenue très friable, se désagrège, s'érode, se résorbe de plus en plus. Les nerfs mis à nu deviennent très douloureux spontanément et sous l'influence de tous les contacts. Le collet de la dent n'est presque pas attaqué ; la racine l'est plus rarement encore. Ce n'est qu'à la longue que ces parties sont touchées, s'altèrent et se désagrègent. L'auteur a observé ce trouble trophique dans deux cas où il y avait de l'anorexie hystérique de vieille date, avec vomissements ayant duré très longtemps et ayant entraîné un état général des plus mauvais. L'évolution se fit très rapidement et en quelques mois toutes les dents furent réduites en chicots douloureux, qu'il fallut extraire. Il n'y a pas déchaussement de la dent et l'alvéole est sain. C'est uniquement la dent (l'émail d'abord), qui est atteinte. Rien n'enraye l'évolution de ce trouble trophique, pas même l'amélioration ou la guérison des autres phénomènes hystériques. C'est bien d'un trouble trophique qu'il s'agit, car, dans les deux cas, des dents de sagesse non encore perçues, parurent dépouillées en certains points de l'émail qui sans doute ne s'était pas développé.

Il n'y a qu'une intervention possible, nécessitée par la douleur continue, qu'aggravent l'état nerveux et la difficulté de nourrir les malades qui ont tant besoin d'alimentation. C'est l'extraction de toutes les dents et l'application d'un appareil de prothèse.

MM. *Lannois* et *Linossier* disent que, d'après leurs observations cliniques, le salicylate de méthyle, en applications locales, agit bien dans le rhumatisme articulaire aigu, mais il ne doit être employé dans ce cas que si l'injection des médicaments salicylés a échoué, en raison des difficultés de son application sur des articulations très douloureuses.

Au contraire, dans les formes subaiguë et chronique, dans les poussées douloureuses qui se produisent de temps à autre dans les diverses variétés de rhumatisme déformant, l'absorption sur place du salicylate de méthyle agit aussi bien que l'absorption buccale des médicaments salicylés et lui est souvent supérieure.

M. *Mossé* (de Toulouse). — Dans le traitement du diabète, les opinions sont encore assez contradictoires pour qu'on ait pu proposer deux médications opposées, selon que l'on admet qu'il y a excès ou ralentissement de la nutrition.

J'ai donné à un diabétique de l'antipyrine dans le but de diminuer le sucre, l'acide urique, l'urée; mais cette diminution n'a été que passagère. C'est un médicament, je crois, qu'il vaut mieux ne pas prescrire.

La levûre de bière ne m'a fourni aucun résultat.

J'ai administré du pancréas, à la dose quotidienne de 30 grammes de glande fraîche : je n'ai été guère plus heureux.

La pierre angulaire de la méthode thérapeutique, dans le diabète, reste encore le régime ; l'action médicamenteuse doit être, par contre, très surveillée, car ses effets sont parfois nuisibles, comme peut l'indiquer l'étude complète du syndrome urologique.

M. *Spillmann*. — J'ai traité deux diabétiques maigres par des injections de suc pancréatique. Chaque fois que ces injections étaient pratiquées, le sucre diminuait et le poids restait stationnaire.

M. *Mossé*. — Lorsque j'ai employé le pancréas, il me semble avoir obtenu, en effet, un ralentissement dans la diminution du poids.

M. *Maurel*. — Dans le diabète gras, arthritique, la question de suralimentation joue un rôle primordial. J'ai pu améliorer et guérir le diabète gras par un dosage très sévère de l'alimentation, surtout des aliments azotés et hydrocarbonés.

MM. *Vedel et Bosq* relatent les effets qu'ils ont obtenus dans trois types différents de maladies infectieuses par les injections intra-veineuses de sérum artificiel : choléra, pneumonie, septicémie. Dans tous ces cas, l'injection a été réellement massive. Ils ont injecté, en moyenne, 1,500 c.c. de la solution salée simple, en quinze à vingt minutes.

Dans le choléra, maladie qui se rapproche de l'infection colibacillaire, l'injection intraveineuse a pu produire une jugulation de la maladie.

Pendant l'injection, l'état général se modifie rapidement ; le pouls devient énergique, les intermittences disparaissent, la pression sanguine se relève, la respiration se fait plus ample et plus facile, la température s'élève progressivement. Après l'injection, ces effets continuent, mais au bout de trente à quarante minutes, survient une période de réaction critique, ressemblant à un accès paludéen avec stade de froid et stade de chaleur. Le stade de froid débute par un frisson violent, un pouls fréquent, inégal, une respiration accélérée, des spasmes, et une élévation rapide de la température centrale et périphérique, pouvant atteindre 40°5 dans l'aisselle, 41°5 dans le rectum. Dans le stade de chaleur qui suit, la face devient vultueuse, les conjonctives injectées, la respiration haletante, le pouls très accéléré, les réflexes tendineux exagérés et la température reste élevée; puis tous ces phénomènes diminuent progressivement après une durée d'environ quatre heures, dans laquelle il se produit des mictions, de la diarrhée, des sueurs. A la suite de cette réaction, la température peut se fixer à la normale et la guérison survenir, mais celle-ci peut être précédée de nouvelles réactions passagères et de rechutes.

Les auteurs ont traité aussi deux cas de pneumonie. Dans un cas, il s'agissait d'une pneumonie migratrice du sommet avec adynamie, chez un alcoolique, pneumonie évoluant avec une température élevée depuis dix jours. Sous l'influence de l'injection intraveineuse, ils ont vu se développer les mêmes phénomènes que ceux que nous venons de décrire dans une maladie hypothermisante, comme le choléra. En quelques heures, la température, après être montée à 40°2, est tombée à 36°5 et s'est fixée à la normale après quelques légères oscillations. On ne peut pas dire que l'injection ait provoqué la production

d'une crise naturelle, car il s'agissait d'une infection à marche envahissante, sans tendance à la résolution.

Dans le second cas, il a fallu pratiquer deux injections intraveineuses. A la suite de chacune d'elles, ils ont vu se manifester encore des phénomènes réactionnels identiques, et quoique la pneumonie évoluât depuis onze jours et qu'on eût fait la première injection en pleine poussée aiguë, on peut dire que la maladie a été arrêtée. Si la fixation à la normale n'a pas suivi la première injection, c'est qu'il existait une complication pleurétique, qui a rendu moins rapide la guérison.

Dans deux cas de septicémie à staphylocoques, avec foyers purulents disséminés et fièvre à grandes oscillations, les injections intraveineuses ont provoqué encore les effets généraux que l'on connaît. Ici, dans aucun cas, l'injection n'a été suivie immédiatement de guérison par fixation à la normale ; mais l'état général s'est amélioré, le pouls a repris de l'énergie, la tension sanguine s'est relevée d'une façon durable, les oscillations thermiques sont devenues moins fortes et les foyers purulents ont montré de la tendance à se circonscrire et à disparaître. Les malades sont ainsi arrivés insensiblement, mais toujours progressivement, à la guérison sous l'influence de plusieurs injections, alors que, cependant, la première avait été faite dans un état désespéré.

L'ensemble des phénomènes réactionnels qui ont été produits, a la valeur d'un véritable mouvement critique, capable dans les cas d'infection aiguë de faire triompher immédiatement l'organisme, et, dans les cas d'infection à évolution lente entretenue par des foyers purulents, de remonter les forces de l'organisme, de façon à permettre la continuation de la lutte et la guérison.

Il y a toujours indication, dans le cas de maladies infectieuses, pour les injections intraveineuses salées telles que les préconisent MM. Vedel et Bosq. Ici, comme pour les infections expérimentales, il convient de faire l'injection le plus près possible du début de la maladie, et les indications d'urgence seront données surtout par l'état du pouls, de la pression sanguine, de la diurèse et de l'état général.

Quant aux injections sous-cutanées et intrapéritonéale d'eau salée, M. *Bosq* ajoute que l'injection d'eau salée est un agent thérapeutique actif et qui ne diffère de l'injection intraveineuse que par la rapidité et l'intensité de son action.

De ces deux caractères découlent les indications des injections sous-cutanées.

La première est subordonnée aux contre-indications de l'injection intraveineuse ; ces contre-indications dépendent du poumon et de lésions graves et totales du rein.

L'injection sous-cutanée est indiquée dans les cas où son action est jugée devoir être suffisante, c'est-à-dire quand l'action prompte et énergique de l'injection intraveineuse n'est pas urgente. Elle pourra être employée pour continuer les effets de l'injection intraveineuse.

L'injection intramusculaire est supérieure à l'injection purement sous-cutanée ; l'absorption est plus rapide et elle est moins douloureuse.

Les injections intrapéritonéales d'eau salée à 7 ‰ déterminent les mêmes effets, aux doses de 250 à 500 c.c., que les injections sous-cutanées. Comme application thérapeutique, le chirurgien pourra, à titre de méthode préventive, abandonner 250 à 1.000 c.c. d'eau salée à 7 ‰, stérilisée, dans la cavité abdominale, à la suite de l'ouverture du péritoine.

M. Cassaët. — On connaît, de longue date, les difficultés, souvent considérables, de diagnostic différentiel de certaines variétés de lésions pulmonaires subaiguës ou chroniques, comme la dilatation bronchique, d'avec la tuberculose fibro-ulcéreuse. Bien plus simple semble celui des affections bronchitiques aiguës, dont la rapidité d'évolution, la soudaineté du début, la terminaison ordinairement favorable sont considérées comme une preuve certaine que la maladie est transitoire, accidentelle en quelque sorte. A voir les choses d'une manière moins superficielle, on se rend vite compte qu'il est loin d'en être ainsi et qu'il est impossible d'avoir une opinion assise, en l'absence du contrôle bactériologique.

Ayant, en effet, procédé à l'examen systématique et sérié des crachats d'un nombre assez considérable de malades qui affectaient tantôt le type clinique de la phtisie galopante avec son amaigrissement, sa fièvre, son expectoration verdâtre et sanguinolente, ses râles cavernuleux et tous les signes de l'hecticité ; tantôt celui de la tuberculose fibro-ulcéreuse subaiguë, tantôt celui de la granulie avec les poussées arthralgiques, les hémoptysies, la cyanose, l'entérorrhagie, la méningite fruste et même la paralysie faciale ; tantôt celui de l'infiltration sous-claviculaire et unilatérale, M. Cassaët a pu se rendre compte que, bien loin de retrouver, dans ces cas, le bacille de Koch, on pouvait ne rencontrer que des espèces banales, comme le streptocoque, ou plus spécifiques, telles que le pneumocoque.

Il faut donc être de plus en plus affirmatif sur l'insuffisance de la clinique, livrée à elle seule, quand il s'agit de ces infections bronchiques diverses, et sur la nécessité du contrôle bactériologique. Le fait est d'autant plus patent qu'en regard de ces formes bronchitiques, d'abord aiguës et plus stables ensuite, on pourrait facilement placer l'histoire d'autres bronchites, véritablement tuberculeuses celles-là, et qui n'en évoluent pas moins avec une très grande bénignité, pour s'éteindre ensuite d'une manière définitive, autant qu'on peut en juger par une expérience datant en ce moment de six années.

M. Chaumier. — D'après l'examen d'une centaine de cas, j'ai pu me rendre compte, une fois de plus, de la nature contagieuse et épidémique des aphtes, qui sont, d'autre part, inoculables.

La récidive de l'aphte, la longue conservation du germe, dans les écuries, comme dans les habitations, le peu de durée de l'immunité produite par une première atteinte, l'existence de la fièvre, prouvent l'identité de l'éruption aphteuse humaine et de la fièvre aphteuse des bovidés.

La maladie ne provient pas de l'usage du lait des vaches atteintes de fièvre aphteuse, mais elle est directement contagieuse de la vache à l'homme.

M. *de Langenhagen*, de Cannes, cite une observation de pleurésie diaphragmatique, au cours de laquelle est survenu un phénomène assez particulier : le malade avait de fréquentes éructations, et chacun de ces renvois gazeux s'accompagnait d'une douleur très vive siégeant profondément, sur la ligne médiane le long de l'œsophage, et latéralement vers les attaches du diaphragme du côté droit. Cette douleur spéciale, très violente, arrachant des gémissements au malade, persista plusieurs jours, autant que la dyspnée et les autres symptômes, et s'amenda progressivement avec eux sous l'influence de la morphine.

M. le prof. *Bernheim* présente les remarques suivantes sur la fièvre typhoïde :

1° Le type normal de la fièvre typhoïde tel qu'il est décrit par Wunderlich, *évolution en trois septénaires*, n'est pas le plus fréquent (période d'augment 3 à 4 jours, période d'état jusqu'au 12e ou 14e jour, période de déclin 5 à 6 jours).

2° A côté de ce type qu'on peut conserver comme schéma, il faut mentionner :

La fièvre typhoïde avec *raccourcissement de la période d'état* ou *fièvre typhoïde abortive*.

La fièvre typhoïde avec *prolongation de la période d'état* ou *fièvre typhoïde prolongée*.

Dans le premier cas l'évolution microbienne avorte ; les lésions des plaques de Peyer se résolvent sans s'ulcérer. Dans le second, l'évolution microbienne ne se fait pas d'une pièce, mais par poussées successives ; comme l'anatomie pathologique le démontre, les diverses lésions ne sont pas contemporaines ; les unes sont ulcérées ou cicatrisées, quand les autres sont à la phase d'hyperplasie. La période d'état peut ainsi se prolonger pendant plusieurs semaines, la fièvre typhoïde peut, comme l'érysipèle, procéder par poussées successives.

3° Quand une nouvelle évolution microbienne recommence, alors que la première est en voie de régression, que la température se relève et fait un nouveau plateau, alors que la défervescence était déjà en train, il s'agit d'une *recrudescence*.

4° Quand la première évolution est tout à fait *terminée*, et qu'une seconde a lieu, quand la température se relève et fait un nouveau cycle alors que le premier était achevé, que l'apyrexie et les symptômes de la convalescence étaient marqués depuis un ou plusieurs jours, ou même depuis quelques semaines, il s'agit d'une rechute.

5° Prolongation de la période d'état, recrudescence, rechute, correspondent à un même phénomène : évolutions subintrantes, successives, consécutives, des germes typhiques. Le nombre des rechutes, dans la fièvre typhoïde, est très fréquent ; je les ai trouvées dans un quart des cas ; et en réunissant recrudescence et rechutes, dans un tiers des cas. Ces rechutes peuvent être abortives ; d'autres fois elles sont longues et graves. Les formes abortives peuvent être suivies de rechutes prolongées et même mortelles.

La bactériologie, en montrant la persistance du bacille typhique, pendant plusieurs mois après la convalescence, dans l'économie, dans une vésicule biliaire (Dupré), dans une lésion ostéo-périostique (Orloff), dans le pus d'abcès, etc., etc., confirme les vues cliniques sur la fièvre typhoïde que je professe depuis une vingtaine d'années. Les bacilles typhiques évoluent successivement, ne se détruisent que lentement ; certains échappent à la consommation typhique et survivent, propres à créer de nouvelles poussées.

On voit souvent 2 ou 3 rechutes, même 4, survenir successivement, après des périodes d'apyrexie de quelques jours à quelques semaines.

6° Les rechutes typhiques peuvent être purement thermiques, sans autres symptômes, comme si les germes n'agissaient plus sur les organes que comme pyrétoxines. Les rechutes thermiques pures peuvent se prolonger pendant des semaines ; ou bien elles ne durent qu'un ou très peu de jours, figurant des poussées abortives de microbes retardataires.

7° L'évolution thermométrique typhique peut aussi se prolonger ou être suivie, après une période d'apyrexie, par une fièvre irrégulière, quelquefois seulement vespérale, sans localisation constatable. Cette fièvre peut être due à une infection secondaire, staphylococcie ou streptococcie atténuée, qui peut durer des semaines et finir par s'éteindre. Les infections secondaires se rencontrent après la fièvre typhoïde comme après l'influenza.

8° La période, dite amphibole, de Wunderlich, n'est pas à proprement parler une période. Toutes les complications, si fréquentes surtout dans le 3e septénaire, hémorrhagie, pneumonie, eschare, myocardite, accélération, paralysie du cœur, etc., déjà pendant le premier septénaire, épistaxis, pneumotyphus, etc., ou pendant la convalescence, eschares, furoncles, infections secondaires, peuvent altérer la courbe régulière de la fièvre typhoïde.

Le Congrès s'est terminé le 22 août, et après la nomination de M. le prof. *Bernheim*, de Nancy, comme président, on s'ajourne à l'année 1898 pour permettre aux médecins d'aller à Moscou en 1897. La session de 1898 se tiendra à Montpellier pendant les vacances de Pâques.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les consultations payantes des hôpitaux

Lille, 31 août 1896.

Mon cher et très honoré confrère,

Sachant que l'on est toujours bien accueilli, au *Concours médical*, quand on apporte quelque chose d'utile ou d'intéressant, j'ai l'honneur de vous adresser un extrait du journal local « *La Dépêche* » qui m'épargnera l'exposé des faits que je veux vous faire connaître et me permettra d'en venir immédiatement aux commentaires que ces faits me suggèrent.

A l'hôpital Saint-Sauveur.

Le *Progrès du Nord* donne les renseignements suivants relativement à une mesure qui vient d'être prise à l'hôpital Saint-Sauveur :

M. Wattrelot, le nouvel administrateur de l'hôpital Saint-Sauveur, a pris, depuis quelques jours, une mesure qui provoque de nombreuses protestations.

Jusqu'ici, les médecins de l'hôpital donnaient des consultations gratuites à toutes les personnes qui se présentaient le matin à neuf heures.

La grande majorité de ceux qui se présentaient

à cette consultation étaient des ouvriers, la plupart indigents. Il s'y glissait, cependant, prétend M. l'administrateur, un certain nombre de personnes aisées, en situation de payer les honoraires d'un médecin.

C'est pour empêcher ces quelques « bourgeois et bourgeoises », comme dit le *Réveil*, de profiter de la gratuité, que l'on a décidé de faire payer, désormais, un franc, pour être admis auprès du docteur.

D'où les nombreuses protestations des ouvriers et indigents habitués aux consultations gratuites et qui se plaignent de la taxation nouvelle qui leur est imposée.

Les médecins, de leur côté, sont en général hostiles à la nouvelle mesure, et plusieurs docteurs, MM. Phocas, Patoir, Colle, ont refusé de donner ce qu'ils appellent des consultations payées.

Il est à remarquer, d'ailleurs, que depuis que le paiement est exigé, le nombre des personnes qui se présentaient aux consultations a diminué dans une très grande proportion, et qu'on y a vu des malades d'une situation sociale apparente plus élevée.

Dans ces conditions, il est probable que M. Wattrelot sera obligé de revenir sur sa décision.

La mesure dont parle le *Progrès* serait générale et appliquée non seulement à l'hôpital Saint-Sauveur, mais encore dans les autres établissements hospitaliers. Nous pensons, du reste, comme notre confrère, qu'il y a là une situation fausse ; car nous ne voyons pas bien les « bourgeois et les bourgeoises » se présentant en quantités appréciables à la consultation de l'hôpital Saint-Sauveur ; l'inconvénient ne pouvait donc pas être très grave ; il le deviendrait, si l'on savait que, moyennant un franc, c'est-à-dire une somme très modeste, on peut obtenir une consultation, et beaucoup de personnes, qui peuvent parfaitement aller trouver un médecin chez lui, prendraient l'habitude, pour réaliser une économie, de se présenter à l'hôpital.

D'autre part, il convient de dire, ce dont ne parle pas le *Progrès*, que les consultations restent toujours gratuites pour les indigents, mais alors on met les malades dans la position délicate, pour ne pas verser les vingt sous réclamés, d'être obligés de faire cette déclaration toujours pénible qu'ils ne peuvent pas payer.

Il y a là une mesure antidémocratique et qui va certainement contre le but qu'ont voulu obtenir ses promoteurs et nous comprenons très bien que les médecins, qui vont à l'hôpital pour soigner les pauvres, refusent de traiter des personnes aisées qui doivent s'adresser à eux dans des conditions normales des consultations ou des visites. » (*La Dépêche.*)

Je n'appartiens pas aux hôpitaux, mais je ne crois pas qu'un seul membre du corps médical puisse se désintéresser de la question.

Pareille mesure nous avait menacés, il y a quelques mois. Notre Syndicat, dans une réunion, provoquée pour traiter de cette question, avait émis, à l'unanimité, une protestation contre cette prétention de la Commission des hospices, d'instituer des consultations payantes. On nous répondit que le projet était à l'étude et qu'on n'avait nullement l'intention de léser nos intérêts et on parut l'abandonner. Depuis, les élections municipales ont modifié la composition du conseil, qui est devenu socialiste et l'administration des hospices a été renouvelée intégralement, dans la partie soumise à la nomination de la municipalité. L'ancien projet a été repris, appliqué d'abord à l'hôpital de la Charité (ex-hôpital Sainte-Eugénie), puis, il y a quelques jours, à l'hôpital Saint-Sauveur.

Comme vous le verrez, par l'article du journal ci-joint, trois de nos confrères ont protesté et avec raison. La plupart des titulaires des différents services sont en vacances, mais j'espère bien qu'ils suivront l'exemple donné et qu'ils sauront défendre leurs droits et les nôtres à leur retour. Pourtant, je m'étonne que les médecins de l'hôpital de la Charité (médecins des facultés de l'Etat et libre) n'aient pas protesté, la mesure ayant été appliquée chez eux quelques semaines auparavant, et je crois qu'il serait bon que notre Syndicat et, au besoin, celui des pharmaciens, qui sont également lésés, fissent entendre leur voix.

Les membres de notre Syndicat sont, en ce moment, éparpillés dans différentes villégiatures et seraient assez peu nombreux pour constituer une réunion importante, d'autant plus que nous comptons, parmi eux, un bon faisceau de médecins des hôpitaux.

Comme il est bon que la chose soit connue, je n'ai pas de meilleure moyen pour y parvenir, que de vous en instruire.

On m'a affirmé que cette mesure existait dans les hôpitaux de Lyon. Comment se fait-il qu'elle ait passé (si cela est vrai) sans protestations ?

Les hospices ont-ils le droit de créer ainsi une entreprise médicale, en se servant de leurs médecins faits pour donner leurs soins aux indigents ? Ont-ils le droit d'imposer à leurs médecins ces consultations payantes ? Question de principe celle-là, sur laquelle, il me semble, nous devons être intraitables. Si on admet ce droit, c'est la porte ouverte à tous les abus du même genre et le préjudice causé au corps médical tout entier peut prendre des proportions inappréciables. Il n'y a aucune raison pour que les bureaux de bienfaisance ne saisissent l'occasion d'augmenter leurs recettes, par le même procédé.

Vous pourriez croire, à la lecture du journal ci-joint, que l'émotion du Corps médical est considérable ! Ce serait une erreur. Elle risque, d'ailleurs, d'être toute platonique, si l'on ne crée quelqu'agitation autour de cette question. Depuis que vous luttez pour nous avec la vaillance et l'obstination qui font votre honneur, vous avez souvent pu constater combien la doctrine du laisser-faire est en pratique chez nous et combien souvent le cri d'alarme est donné trop tard. J'espère que cette fois il n'en sera pas de même ; mais j'ai raison de craindre, parce que je sais que l'administration est décidée à maintenir, envers et contre tous, cette mesure, et cela, je le tiens personnellement d'un administrateur influent qui, dans le cours d'une discussion très vive, ne m'a pas caché qu'il considérait les médecins des Hôpitaux comme des employés et qu'il le leur ferait sentir ! ? ! !

Si les médecins des Hôpitaux suivent l'exemple de nos confrères Phocas, Colle et Patoir, la mesure sera lettre morte. Je crois néanmoins que nous devons protester et que vous rendriez un nouveau service à notre cause en prenant en main nos intérêts. Que la question soit mise à l'ordre du jour de l'assemblée générale du Concours, et, si une autre commission hospitalière tentait de marcher sur les traces de celle de

Lille, nos confrères seraient tout prêts pour la lutte, ayant déjà l'appui moral du Corps médical tout entier.

Veuillez agréer.

Dr Richard LESAY.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical du Morbihan.

28 juillet 1896.

Présents : MM. de Closmadeuc, *Président*, Audic, Bayou, Bellanger, Blanche, Bourdais, Cornet, Cornudet, Cousyn, Delebecque, Delord fils, Delord père, Fatou, Flandrois, Gicquel, Jardin, Joubioux, Lassime, Le Goff, Lemoine, Letoux, Richard, Rigoine de Fougerolles, Roux, Sauvage.

Assistance médicale gratuite.

De l'allocution du Président, nous extrayons les passages suivants :

La question de l'organisation de l'assistance médicale gratuite, qui nous occupe depuis deux ans, ne semble pas près d'avoir une solution, si on en juge par les incidents divers, qu'elle a traversés.

Ces incidents auront, du moins, produit ce résultat : qu'ils ont mis en évidence l'accord de la grande majorité du corps médical et sa ferme résolution de défendre ses intérêts professionnels.

Dans des séances préparatoires, l'entente s'était faite, entre les commissaires du Conseil général et les délégués des médecins. On avait écarté le système *de l'abonnement*.

Le remarquable rapport de M. Caradec concluait à l'adoption du système à la visite.—Un projet de règlement avait été élaboré en commun, qui sauvegardait tous les intérêts et toutes les dignités.

Contre toute attente, la majorité du Conseil général, dans sa session d'avril, n'a tenu aucun compte des revendications du corps médical, ni du travail qui lui était présenté par son propre rapporteur, M. Caradec.

Le système de *l'abonnement* a été voté, on peut dire presque sans discussion, en même temps qu'un *règlement*, qui aggravait encore les obligations imposées aux médecins.

La majorité du Conseil général a décidé que le département serait divisé en circonscriptions, et que chacune d'elles serait desservie par un seul médecin, à l'exclusion des autres, choisi et nommé par le Préfet, c'est-à-dire un véritable fonctionnaire, attaquable et révocable à merci.

Vous avez tous reçu, de la Préfecture, une lettre-circulaire, vous demandant votre adhésion à un règlement en 52 articles, qui a été composé en dehors de nous et, on peut bien le dire, contre nous.

Quelle a été la conséquence de cette démarche ? Nous le saurons, sous peu, officiellement. Nous saurons ce que valent les bruits qu'on s'est plu à répandre. Nous connaîtrons les noms de ceux, en petit nombre, qui ont accepté.

Ce que nous pouvons affirmer, c'est que la très grande majorité des médecins a refusé net, et dans des termes, qui ne laissent aucun doute sur les sentiments du corps médical.

Si nous en croyons ce qui nous a été rapporté, quelques confrères, faisant partie du *Syndicat*, se seraient soumis aux conditions du Conseil général.

En se séparant de leurs collègues, sous des prétextes difficiles à définir et à justifier, ils se sont, quelques-uns au moins, mis en opposition formelle avec leurs engagements et leur propre signature.

Il ne faut pas trop leur en vouloir. Car nous savons, par leur correspondance, à quelles influences ou à quels mobiles ils ont cédé. Si j'étais autorisé à vous en donner lecture, vous resteriez navrés.

Deux des *acceptants* ont compris qu'il leur était impossible de continuer à faire partie du Syndicat ; ils nous ont envoyé leur démission.

Le Conseil général, dans sa prochaine session d'août, va se trouver de nouveau appelé à prendre une décision.

En présence de ce refus, presque unanime, des médecins, que va-t-il faire ? Que peut-il faire ? Répartir, entre les quelques médecins qu'on aura recrutés, les 23 Circonscriptions qui comprennent tout le Morbihan ?

Cela est matériellement impossible.

Instituer l'Assistance, d'une façon partielle, en gratifiant un certain nombre seulement de communes, tout en laissant le plus grand nombre dépourvu de médecins ?

Est-ce légal ? Est-ce conforme à l'esprit de la loi, qui n'est juste qu'à la condition d'être obligatoire pour tous, et appliquée partout ?

Le corps médical a rendu assez de services dans le passé.

Il en rend assez tous les jours à la classe indigente, pour compter qu'on finira par l'écouter.

Il ne refusera pas son concours, lorsqu'il s'agira d'établir sur de larges bases, et sérieusement, l'assistance médicale gratuite, sur toute la surface du Morbihan.

L'application générale, et non partielle, de la loi de 1893, s'impose, plus qu'ailleurs, dans un département, où la pratique honnête et légale de la médecine et de la pharmacie est battue en brèche, par une légion de concurrences illicites et se voit forcée de céder la place.

Si on veut sincèrement que notre pays bénéficie des avantages de la loi sur l'assistance médicale gratuite des indigents, loi humanitaire s'il en fut, on ne peut que suivre l'exemple des Conseils généraux de la Loire-Inférieure et du Finistère, qui, eux, ont organisé le service, d'après le système *Vosgien*, à la satisfaction des malades et avec le concours empressé du corps médical tout entier.

Si on persiste à vouloir *l'abonnement*, on s'expose à un essai malheureux, qui ne sera qu'une façon d'éluder la loi, puisque, avec ce système, le plus grand nombre des communes du Morbihan seront privées de l'assistance, faute de médecins.

Je reconnais qu'il pourra y avoir là une économie. Mais cette économie se ferait au détriment de la grande majorité des malades indigents, qui ne seront pas secourus ou ne le seront qu'imparfaitement.

L'ajournement indéfini de l'application d'une loi qui intéresse la santé publique n'est pas une solution. La loi de 1893 a prévu le cas. Elle donne à l'autorité préfectorale le droit d'assurer d'office le service.

Nous ne voyons pas pourquoi les malades indigents et les médecins du Morbihan seraient moins bien traités que ceux du Finistère, de la Loire-Inférieure, des Côtes-du-Nord et de près de 50 autres départements.

Messieurs, il ne faut pas se le dissimuler, la profession médicale est profondément remuée partout et traverse une crise fâcheuse.

Le Morbihan, plus que tout autre département peut-être, justifie nos inquiétudes. Nos campagnes se dépeuplent de médecins. Ceux qui restent sont condamnés à une lutte pour l'existence, et au jour le jour, qui est digne de pitié. Pour sortir triomphant de cette lutte, nous ne connaissons qu'un moyen : l'association et le syndicat.

Que les 66 médecins syndiqués du Morbihan se serrent donc autour de la bannière ; qu'ils fassent de la propagande ; — qu'ils appellent à eux les nouveaux venus, et aussi les dissidents peu nombreux, qui, en continuant à se tenir à l'écart, consultent mal leurs intérêts et contribuent, sans le vouloir, à diminuer l'importance et le prestige de la corporation.

Je m'adresse à mes confrères du Morbihan, et particulièrement aux déshérités et aux plus méritants : les médecins de campagne, et je leur dis :

Si vous vous divisez sur cette question vitale de *l'assistance des indigents* ;

Si vous vous bercez de l'illusion de pouvoir mener

de front les engagements que vous avez pris avec nous et les engagements qu'on vous propose de prendre contre vos intérêts ;

Si vous cédez à des mobiles autres que ceux de la cause générale ;

Si vous relâchez les liens qui vous unissent à l'Association et au Syndicat ;

Vous ne vous sauverez pas, et vous compromettrez l'avenir de la profession dans le département.

Croyez-en un des cinq survivants des 45 fondateurs de l'Association médicale, votre Président, qui, depuis près de quarante ans, lutte avec vous. »

Divers membres prennent successivement la parole et fournissent des renseignements importants sur l'état de la profession dans la Morbihan. Tous regrettent que le Conseil général ait cru devoir leur proposer un règlement défectueux, fondé sur le système de *l'abonnement*.

Ils regrettent également que quelques-uns de leurs confrères du Morbihan, heureusement en petit nombre, ainsi que quelques médecins des départements limitrophes, aient accepté d'entrer dans une combinaison, qui ne peut aboutir, puisqu'elle a contre elle la presque totalité du corps médical du département.

A ce propos, M. le Secrétaire informe la Société qu'il a reçu plusieurs lettres de ceux qui ont accepté *l'abonnement*. Ces lettres sont significatives, parce qu'elles prouvent que la plupart d'entre eux déclarent que leur préférence est acquise au *système Vosgien*, et qu'ils n'ont adhéré aux propositions du Conseil général que pour des motifs personnels et à titre d'essai. Un certain nombre, du reste, qui avaient d'abord accepté, ont, depuis, adressé leur rétractation, reconnaissant franchement qu'ils s'étaient mépris. « Ma bonne foi a été surprise, écrit l'un d'eux et je m'empresse d'envoyer ma rétractation à la préfecture. »

La discussion étant épuisée, le Président met aux voix l'ordre du jour suivant, qui est voté à l'unanimité :

Le syndicat, réuni en assemblée générale, maintient sa ferme résolution de rejeter le système de l'abonnement ;

Et persiste à réclamer, pour le Morbihan, l'institution de l'*assistance médicale* d'après le système Vosgien, le seul vraiment libéral, qui assure l'indépendance des malades et des médecins.

Tous les membres présents s'engagent à user de leur influence pour rallier au syndicat les rares confrères encore dissidents, et ceux qui, par la suite, viendront exercer dans le Morbihan.

Compétitions politiques. — Révocation.

A la suite de la lutte électorale municipale, un médecin ayant été révoqué de ses fonctions de médecin du Bureau de Bienfaisance, le Bureau du Syndicat est intervenu près du Préfet.

Le Syndicat vote l'ordre du jour suivant :

« Le syndicat, déclinant toute responsabilité dans les attaques personnelles, qui se sont produites, avant comme après les élections, par voie d'affiches ou d'articles de journaux ;

Et se plaçant *uniquement* au point de vue médical et professionnel, regrette qu'un Bureau de Bienfaisance ait voté la révocation d'un de nos collègues pour des motifs absolument étrangers à ses fonctions. »

Contributions.

Le vœu suivant, présenté par le docteur Cousyn, est voté par l'assemblée :

« L'Association médicale du Morbihan, en présence des discussions récentes sur la nouvelle répartition des impôts (chevaux et voitures et domestiques mâles), émet le vœu que, dans la nouvelle Loi en préparation, les médecins soient dégrevés au même titre que les industriels qui emploient des chevaux et voitures, nécessaires à leur industrie. »

Bureau.

M. le docteur Blanche demande à ses collègues de vouloir bien le décharger des fonctions de secrétaire, la situation de Président de l'Association de secours mutuels des médecins du Morbihan ne lui paraissant pas compatible avec celle de secrétaire du Syndicat, à cause des confusions qu'elle crée dans la correspondance.

M. le docteur Jardin est nommé secrétaire du Syndicat, par acclamation.

Le Bureau est ainsi composé.

Président : Dr de Closmadeuc, *Vannes*.

Secrétaire : Dr Jardin, *Auray*.

Trésorier : Dr Le Toux, *Vannes*.

Chefs de groupe.

Arrondissement de Lorient : Drs Cousyn, *Lorient* ; Jardin, *Auray*. — *Arrondissement de Pontivy* : Langlais, *Pontivy* ; Champenois, *Guémené*. — *Arrondissement de Ploërmel* : Robert, *Malestroit* ; Delcbecque, *Josselin*.

Le Secrétaire,
Dr Blanche.

REPORTAGE MÉDICAL

La Révocation du Dr Cambillard, du service des enfants assistés. — Le ministère de l'intérieur a révoqué de ses fonctions M. le Dr Combillard de Cussy-les-Forges, chargé de la surveillance des enfants assistés dans une partie de l'arrondissement d'Avallon. — Pourquoi ?

M. le Dr Dubois et M. Putenne se proposent d'interpeller au Conseil général de la Seine. — Ils rappelleront qu'à la suite d'un rapport très élogieux de M. Faillet en 1894, notre confrère avait obtenu, en 1896, une médaille de bronze. Après enquête faite sur place, ils affirmeront que sa disgrâce est due au refus de prêter son concours à un député gouvernemental de la région, et dévoileront à cette occasion l'exploitation politique qui se pratique à l'aide du placement des enfants assistés.

Nous allons être tout oreilles.

— *Distinctions honorifiques.* — Nous sommes heureux d'apprendre que MM. les Drs Maréchal (de Brest), Waquet et Lemoyne (de Lorient) ont été nommés officiers d'Académie.

Nous adressons également nos félicitations à M. le Dr Brassac (de Vichy), ancien directeur du service de santé de la marine à Brest dernièrement nommé, par le gouvernement russe, chevalier de l'ordre Saint-Stanislas de Russie.

— *Les sociétés de secours mutuels en Belgique.* — A l'exemple du syndicat de Bruxelles et des autres syndicats belges, le Syndicat du Borinage vient de voter à l'unanimité, les conclusions du rapport de M. le Dr Jos. Tonneau, sur les relations avec les sociétés de secours mutuels, et ainsi résumées par lui : « Pas de tarif de faveur aux sociétés de secours mutuels : nous consentons seulement à leur délivrer à l'avenir les certificats dont elles auront besoin. »

Bravo, chers confrères ! Chez vous du moins les actes suivent de près les paroles, et l'entente se fait solide, réelle, et fructueuse devant l'ennemi commun. Quand pourra-t-on nous adresser le même éloge ? Peut-être quand l'excès du mal nous aura réduits au dénûment, car en France on n'*agit* qu'après les catastrophes.

— *Ecole d'hydrologie médicale des Pyrénées.* — Le dimanche 9 août a été solennellement inaugurée à Luchon l'Ecole d'hydrologie médicale des Pyrénées, créée par M. le Dr Garrigou, qui en a été nommé directeur.

— *Une fraude à signaler.* — Certains fabricants colorent avec de l'auranthine la gaze iodoformée dans le but de faire croire qu'elle est à 25 ou 30 %, tandis qu'elle contient fort peu d'antiseptique. Mais si on trempe cette gaze dans l'eau tiède, celle-ci dissout l'auranthine et se colore en jaune brillant, ce qui établit la supercherie.

— *Distinctions honorifiques.* — Nous avons la satisfaction d'apprendre la nomination au grade d'officier d'académie de M. le Dr Moure (de Bordeaux), directeur du *Journal de Laryngologie*, et membre de l'*Association de la presse médicale.*

— *L'envoi des malades à l'Institut Pasteur.* — Le directeur de l'Hygiène et de l'Assistance publique au ministère de l'Intérieur vient de rappeler aux Préfets la nécessité de réduire et d'accélérer le plus possible les formalités administratives qui retardent l'admission à l'Institut Pasteur des personnes mordues par des animaux atteints de la rage.

Toujours les bonnes intentions, mais, de là aux résultats, il y a loin !

— *Récompense bien méritée.* — L'acte d'héroïsme que nous avons signalé dans le n° 32, et sur lequel nous avions appelé l'attention des pouvoirs publics, vient d'avoir sa récompense. Nous trouvons, en effet, au *Journal officiel* du 30 août, dans la liste des personnes ayant obtenu des médailles d'argent pour preuves de courage :

Mme Petit-Barat, infirmière à la Salpêtrière : « A « fait preuve du plus courageux dévouement en « sauvant une malade de son service atteinte d'alié« nation mentale, qui s'était enfuie sur les toits à « une hauteur de quinze mètres. »

Les pharmacies fermées le dimanche. — A Orléans et à Soissons les pharmaciens ont pris le parti de se donner quelque liberté le dimanche. A cet effet une seule officine reste ouverte dans chaque quartier, et, sur les portes de celles qui sont fermées un écriteau indique le nom et l'adresse du confrère chez lequel il faut aller en cas d'urgence.

Il paraît que Belfort a adopté depuis deux ans un système analogue.

Dans beaucoup de localités les médecins pourraient imiter cet exemple.

— *La mortalité parisienne.* — C'est dans le mois d'août que le chiffre des décès s'abaisse le plus à Paris chaque année, ce qui tient pour beaucoup à l'exode vers les stations balnéaires, aux vacances et aux excursions. Cette année, durant la dernière semaine du beau mois, le chiffre de 753 a été noté : c'est le plus faible qui se soit enregistré depuis 1880.

— *Le choléra en Egypte.* — L'épidémie qui dure depuis plusieurs mois a fourni à cette heure plus de vingt mille cas et seize mille morts. Malgré son intensité, le fléau n'a pas menacé l'Europe, ce qui prouve en faveur des mesures prophylactiques internationales adoptées à la suite des diverses conférences.

— *Un singulier procès en Angleterre.* — Une dame de 37 ans, miss Beatty, avait réclamé les soins du Dr Cullingworth, ovariotomiste bien connu à Londres. Celui-ci avisa la malade qu'une opération était nécessaire et miss Beatty, prétendant ne souffrir que d'un côté, exigea qu'on ne lui enlevât que le seul ovaire douloureux.

Mais au cours de l'opération, faite en présence de deux autres praticiens, le chirurgien s'aperçut que l'autre organe était aussi malade, et l'enleva.

Miss Beatty proteste, attendu, dit-elle, que cette intervention trop complète lui interdit la maternité, et que, rendant sa parole à son fiancé, elle a renoncé au mariage.

Elle réclame à l'opérateur des dommages-intérêts.

Le magistrat du Banc de la Reine a renvoyé l'affaire après les vacances ; car là-bas, comme chez nous, Thémis se méfie d'elle-même pendant les grandes chaleurs, si propices à la sieste des juges et à la fantaisie imprévue des arrêts.

— *La pasteurisation des vins.* — Par arrêté ministériel, un concours spécial d'appareils à pasteuriser les vins s'ouvrira le 1er octobre 1896 à Bordeaux. Avis aux confrères, possesseurs de vignobles, que la question peut intéresser.

Hospitalisation des tuberculeux. — La Commission instituée, près l'Assistance publique, pour étudier la question de l'isolement des tuberculeux, demande : 1° la création de quartiers spéciaux pour les tuberculeux, ou tout au moins de salles spéciales aménagées suivant les dernières améliorations hygiéniques ; 2° la décentralisation des tuberculeux à la première période, par la création de sanatoria.

M. Letulle demande la création de colonies de tuberculeux curables en Algérie, en Tunisie et en Corse.

Saint-Brieuc. — Dernièrement, par une mer très agitée, une jeune fille qui prenait un bain sur la plage de la Comtesse, à Portrieux, ayant perdu pied, allait infailliblement se noyer, lorsque M. James Warde, docteur en médecin au Meux (Oise), n'écoutant que son courage, se jeta à la mer tout habillé et fut assez heureux, après de grands efforts, pour arracher à une mort certaine l'imprudente baigneuse.

L'acte de courage du jeune médecin est d'autant plus méritoire qu'il venait de faire une longue excursion à bicyclette et qu'il était tout en sueur.

NÉCROLOGIE

Mort du Dr J. Rochard. — Mardi dernier l'Académie de médecine a levé sa séance en signe de deuil d'un de ses anciens présidents le Dr J. Rochard. Le défunt avait parcouru une longue et brillante carrière dans le corps de santé de la marine, à l'époque où celui-ci comptait dans ses rangs Marcellin Duval, Fonssagrives, Le Roy de Méricourt, J. Roux, etc... Il avait succédé à celui-ci dans le grade suprême d'inspecteur général du service de santé, en 1875. C'est de cette époque que date son élection à l'Académie de médecine, et la publication de son Histoire de la Chirurgie française au XIXe siècle.

Depuis le jour où il dut prendre sa retraite, J. Rochard s'adonna à l'étude des questions d'hygiène sociale et la solution des problèmes qu'elle comporte : on le trouvait toujours, à côté de Lagneau, mort le mois dernier, au nombre des orateurs érudits qui signalaient les dangers terribles du progrès de l'alcoolisme et de la dépopulation. Son traité d'*Hygiène sociale*, et l'*Encyclopédie d'Hygiène* dont il entreprit la publication avec des collaborateurs comme MM. Napias et A. J. Martin, constituent le meilleur tableau des connaissances hygiéniques acquises à notre époque.

J. Rochard est mort lundi dernier à Versailles, 3, rue Mansard.

Nous adressons à son fils, le Dr E. Rochard, chirurgien des hôpitaux de Paris, et rédacteur en chef de l'*Union médicale*, nos respectueuses et sympathiques condoléances.

***Le Directeur-Gérant* : A. CEZILLY.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 39 26 septembre 1896

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Honneurs et honoraires en médecine publique.

Le verbe *honorer* avait, autrefois, une signification spéciale, quand il s'appliquait au médecin, au notaire, à l'avocat.

Lui avait-elle été donnée par notre glorieux Rabelais ? C'est fort possible, car on a placé sous le vocable du curé de Meudon, le quart d'heure du payement obligatoire.

En tout cas, avec ou sans la complicité de l'Académie, cette signification est en passe de disparaître du dictionnaire, au moins en ce qui concerne le médecin.

De nos jours, *honorer* le praticien, c'est lui confier mille fonctions, mille responsabilités, à titre gratuit; c'est lui faire accepter, de gré ou de force, une foule de mandats, que ses qualités et son caractère le mettent bien à même de remplir, mais qu'on lui réserve plutôt à cause de son désintéressement ordinaire, qu'en vertu de ses réelles aptitudes. Plus le progrès social s'accentue, plus notre concours est recherché sous la forme d'expertises, de certificats, de missions administratives, etc.... Ainsi, tandis qu'on requiert le Doyen de compromettre sa réputation dans l'examen d'un financier, devenu tripoteur de haute politique, à l'autre bout de l'échelle, le premier gendarme venu refuse de « saisir sans comprendre », à l'instar des huissiers, et n'adresse son rapport hiérarchique qu'en le doublant d'un certificat, donné *à l'œil*, par le confrère qui soigne la brigade aux mêmes conditions. Armée, Justice, Administrations, Sociétés, Compagnies, se disputent à l'envi nos services. La société entière nous pousse outrageusement au cumul, si réprouvé pourtant par l'opinion publique.

Il en est peut-être parmi nous qui briguent ces postes de confiance, et se considèrent comme *honorés*, quand ils les obtiennent. Cela s'expliquerait par des hantises de gloriole, de célébrité locale, de rubans et de médailles, car on joue partout du miroir à alouettes.

Mais ceux-là sont le petit nombre.

La grande majorité des praticiens se fait de plus en plus humble, et se cache comme la violette, devant la lanterne administrative, quand celle-ci cherche sur qui déverser les faveurs officielles.

Et pourquoi ? Parce que nous en connaissons les charges, sans en avoir vu les bénéfices; parce que les services publics *honorent* le médecin en valeurs impalpables.

Ces réflexions amères nous sont revenues à l'esprit, à la lecture de la dernière lettre reçue.

Celle-ci émane du sympathique secrétaire d'un Syndicat médical de l'Ouest, le même qui, l'an dernier supputant les kilomètres par lui parcourus, au service de l'Assistance médicale, constatait, chiffres en mains, qu'ils lui étaient moins payés que ceux du facteur rural.

Ce confrère nous apprend que, de plus en plus généreuse, l'Administration lui demande de délivrer *gratuitement* les certificats pour accidents survenus aux enfants qui travaillent dans les manufactures de la région.

N'est-ce pas le comble de l'étrangeté et de l'aberration ? Puisque la loi oblige les patrons à produire ce certificat, c'est bien à ceux-ci de se le procurer à leurs frais. De quel droit, afin d'adoucir l'obligation, vient-on faire de la générosité aux dépens du médecin, et en faveur d'industriels plus que solvables ?

Franchement, messieurs les Préfets, vous nous *honorez* (parfois) beaucoup trop.... de votre confiance.

De grâce, souffrez, cette fois, que les chefs d'industrie fassent leurs affaires eux-mêmes, ou, si vous tenez à prendre leur place, gardez-la complètement, en nous versant les honoraires légitimement dus.

Nous espérons bien que, si vous généralisez cette nouvelle offre gracieuse, vous ne vous

étonnerez pas que les médecins se fassent un point d'honneur de la décliner. Ils attendront avec ensemble et résignation, qu'on leur impose ce nouveau sacrifice, fait par leurs gros bénéfices professionnels (!) à la touchante pauvreté des manufacturiers et des caisses départementales. Car il y a limite à tout, même à la plaisanterie.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement des brûlures par l'acide picrique.

Nous reproduisons les instructions que le Dr *Darbouet*, de Boucau (Basses-Pyrénées), a données à ses forgerons et chauffeurs pour traiter leurs brûlures par l'acide picrique :

Pour l'utiliser, on se sert soit de la solution saturée à chaud et décantée, après refroidissement, soit de la solution alcoolique au dixième étendue d'eau bouillie, de façon à arriver au titre de 1 pour 200.

L'application se fait au moyen de compresses de gaze ou de tarlatane préalablement bouillies (afin de les nettoyer à fond) et trempées pendant quelques minutes dans la solution.

On applique directement ces compresses sur la brûlure, sans s'inquiéter des bouffioles ou cloches, qu'il faut respecter autant que possible, sans les crever ; ou si on ne peut faire autrement, les percer au moyen d'une aiguille passée à la flamme bleue.

Par-dessus on garnit d'ouate ordinaire et on bande.

Le blessé ressent souvent une légère cuisson. Elle dure une minute tout au plus et est suivie de l'insensibilité absolue.

Quand la partie du corps brûlée le permet (pied, main, avant-bras) il est bon d'avoir recours à un bain froid d'eau picriquée (au même titre) et d'y laisser un grand moment le blessé. On le pansera ensuite comme il est dit plus haut.

On ne doit toucher au pansement qu'au bout de trois ou mieux encore de quatre jours.

On décollera les compresses avec cette même solution, et on en réappliquera d'autres de la même manière.

Le seul inconvénient de ce traitement c'est la coloration jaune intense qui se dépose partout où le remède est en contact : mains, linges, vêtements.

Pour y parer, on se servira de la solution alcoolique, ainsi formulée :

Acide picrique.........	5 gr.
Alcool.................	50 gr.

à étendre dans un litre d'eau bouillie.

De la sorte, avec un simple savonnage la coloration disparaîtra à peu près (sauf aux ongles).

Pour les linges, la coloration partira à la lessive.

En outre de ses immenses avantages, l'acide picrique est d'un extrême bon marché (6 à 7 fr. le kilo).

En résumé l'acide picrique agit sur les brûlures :

1° *En enlevant toute douleur.* — La douleur est calmée une minute après son application ;

2°) *En désinfectant la plaie* : ce qui a pour résultat d'empêcher la suppuration de se manifester, ou, si elle existe, de la diminuer, ou même de la faire disparaître, et de prévenir les complications si dangereuses (tétanos, érysipèle, etc...)

3°) *En activant la formation de l'épiderme*, ce qui favorise et hâte la cicatrisation des plaies.

Traitement médico-chirurgical du cancer utérin.

Un de nos lecteurs nous demandait, récemment, la technique du traitement du cancer utérin par

FEUILLETON

La lutte contre la mort.

Ce qui prouve que la profession médicale représente bien, malgré la critique, un sacerdoce éminemment noble et désintéressé, c'est que nous agissons, de la façon la plus certaine, contre nos intérêts matériels en cherchant à prévenir les maladies infectieuses, les épidémies, en contribuant à la vulgarisation de l'hygiène et de toutes les précautions sanitaires, dont l'application stricte a déjà sauvé et sauvera encore tant d'existences.

On peut se retourner en arrière et regarder, avec orgueil, le chemin parcouru, depuis quelques années. C'est la démonstration la plus suggestive que l'on puisse entreprendre pour dissiper les prétentions des hableurs, qui prétendent que la médecine est restée stationnaire, et n'a pas fait de progrès.

Même au point de vue de la thérapeutique, de précieuses conquêtes ont été réalisées ; nous n'avons peut-être pas encore des ressources aussi puissantes et surtout aussi précises que nous le voudrions ; mais dans l'art de la prophylaxie on a fait des pas de géant. La diminution si remarquable des décès par fièvre typhoïde, six fois moins nombreux qu'il y a dix ans, constitue une statistique tout à fait consolante.

J'en dirai autant de la léthalité décroissante de la variole, de la rougeole, de la scarlatine, de la diphtérie et même de la tuberculose. L'avenir est plein de promesses, et, il y a lieu d'encourager toutes les tentatives ayant pour but la désinfection des locaux et des objets contaminés, l'adduction d'eaux potables non suspectes, l'amélioration de l'habitat urbain ou populaire, l'isolement des cas contagieux, la surveillance stricte des écoles, des hôpitaux, de toutes les agglomérations.

Il ne sera pas inutile de rappeler que, tandis que nous comptons 95 % de décès chez les phtisiques traités dans nos villes et à la campagne, on obtient le chiffre encourageant de 40 à 50 % de cas de guérison chez les tuberculeux soumis au régime du sanatorium. Or, comme il existe constamment, dans notre pays, environ 500.000 tuberculeux et qu'un tiers succombe chaque année, on voit combien on pourrait sauver de personnes, à l'âge même où elles peuvent se rendre le plus utiles, c'est-à-dire de vingt à trente ans. Il faut que l'idée de la curabilité de la terrible maladie pénètre dans les esprits les plus routiniers et que cette pensée triomphe de toutes les apathies.

Il y a quelques mois, dans un article vibrant de patriotisme, M. Gerville-Réache, après avoir déploré la mort de tant de jeunes soldats, qui, à Madagascar, ont été victimes de l'incurie administrative, terminait par cette éloquente admonestation : « Cette perte est cruelle et il est profondément regrettable qu'on n'ait pu l'éviter. Mais cette perte, si sensible

le carbure de calcium ; nous le rappelons en quelques mots, ce traitement consiste en introduction, au moyen d'un spéculum, appliqué avec beaucoup de ménagements, de fragments de carbure de calcium dans le fond du cul-de-sac postérieur et en tamponnements immédiats avec la gaze iodoformée. Au bout de 24 à 48 heures, le tamponnement est enlevé et les fragments balayés avec une bonne injection à l'écorce de chêne. Le pansement est renouvelé tous les 4 ou 5 jours. Mais dans les cas où le vagin est malade et où l'introduction répétée du spéculum paraît dangereuse, il faut s'en rapporter au traitement résumé par M. Flœrsheim dans le *Journal des Praticiens* :

1° On coupera d'abord aux ciseaux toutes les parties bourgeonnantes du col ; un coup de curette détruira les masses friables jusqu'à ce qu'on obtienne la sensation de tissu sain ou à peu près sain ; une opération semblable sera faite sur le vagin, s'il est atteint secondairement. Si le corps de l'utérus ne paraît pas atteint, on devra *s'abstenir absolument d'y passer la curette* ; s'il est altéré, on fera suivre le curettage d'un badigeonnage soit à la glycérine créosotée, soit au naphtol camphré, soit à la teinture d'iode aqueuse.

2° On arrêtera l'hémorragie par une cautérisation des points saignants au thermo-cautère, qui dans les cas de cancer du corps, pénétrera également dans l'intérieur de la cavité utérine. Un tamponnement serré à la gaze salolée complétera l'hémostase et sera maintenu en place pendant deux jours.

3° On pratiquera tous les jours des injections soit avec la liqueur de Labarraque (une cuillerée à soupe pour un litre d'eau bouillie), soit à l'aide des solutions suivantes, que recommande le docteur Auvard :

Acide phénique......	245	grammes.
Glycérine..........	245	—
Essence de thym.....	10	—

Une cuillerée à soupe par litre ou par deux litres d'eau, ou bien :

Acide salicylique...........	1	gramme.
Essence de géranium rosat..	5	—
Alcool à 90°................	300	—

Une cuillerée à soupe par litre d'eau.

D'autres injections antiseptiques pourront suppléer, lorsque l'action des précédentes paraîtra s'affaiblir ; citons notamment le coaltar saponiné (3 à 6 cuillerées à soupe par litre d'eau), la teinture de benjoin, et les diverses essences odorantes, dont on pourra se servir en vaporisations dans la chambre de la malade, qu'on aérera fréquemment, et dont on vaporisera les vêtements.

4° Enfin, de temps en temps, on remplacera une injection par un tampon imbibé de la poudre de Championnière :

Poudre de benjoin,
— d'iodoforme,
— de magnésie eucalyptolée.

Par parties égales.

Bien entendu, les toniques ne seront pas négligés, et le vin de quinquina, la teinture de kola, la liqueur de Fowler, le vin de Champagne, etc., seront employés à soutenir les forces de la malade.

L'ensemble des opérations faites pour lutter contre le cancer utérin prouve aujourd'hui d'une façon indiscutable que l'hystérectomie vaginale, appliquée au traitement de cette affection, est une mauvaise opération, qui ne modifie nullement la marche de la maladie chez les femmes d'un âge moyen, et qui, nous a-t-il semblé, en précipite au contraire l'évolution chez les jeunes.

Le traitement purement palliatif est encore celui qui donne la survie la plus longue, à con-

---

qu'elle soit, n'est encore rien, à côté des 150 à 200.000 Français, qu'on pourrait arracher à la mort tous les ans. Les 6.000 victimes de l'expédition de Madagascar sont tombées glorieusement au service de la France, mais les 150 à 200.000 autres disparaissent chaque année sans la moindre utilité pour la patrie. Leur disparition est une perte considérable pour le pays que le gouvernement et le Parlement peuvent faire cesser : ils n'ont qu'à le vouloir. Qu'ils le veuillent donc, pour l'humanité et pour la patrie ! »

Je n'apprendrai rien à personne, en disant que nous sommes moins bien outillés, moins bien organisés que la plupart de nos voisins, l'Angleterre et l'Allemagne en particulier, pour tout ce qui concerne la santé des hommes qui vont guerroyer loin de la métropole, aussi bien que pour la santé de la population civile. La preuve en est, qu'en 1891, date du dernier recensement, il y a eu en France 160.000 décès de plus qu'en Angleterre, quoique cette île soit à peu près aussi peuplée que notre pays et que la natalité française soit inférieure à la natalité anglaise.

La même différence doit exister pour les années suivantes.

L'explication de cette attristante constatation est, hélas ! trop facile à découvrir. L'Angleterre possède une loi sévère sur l'hygiène publique, la célèbre loi de 1874, connue sous le nom de *Public health act*, tandis que nous n'avons point une loi analogue. Or, comme l'indique M. Gerville-Réache, il n'y a pas de loi dont la France ait un besoin plus urgent que celle portant protection de la santé publique.

Le code sanitaire, qui a été élaboré et dont on nous fait de grands éloges, ne tardera pas à entrer en vigueur ; mais il s'agit de déblayer le terrain auparavant et de faire comprendre aux ouvriers et aux campagnards, dont l'incurie est si souvent funeste, qu'ils peuvent éviter bien des maladies et augmenter leurs chances de vie, pour eux et leur famille.

En dehors de la question d'attachement, de sentiment, c'est un capital qu'il ne faut pas laisser perdre. Le paysan est cupide, et il faut qu'il sache que les bras des siens ont une valeur, représentent un revenu, tout comme la vache et le sanglier domestique, qui paraissent avoir ses prédilections.

Je suis de plus en plus convaincu que Flourens a dit une importante vérité, en déclarant ceci : L'homme ne meurt pas, il se tue !

Il peut en effet se faire durer, et la recette, sauf quelques exceptions, est à la portée de tous ceux qui veulent l'appliquer.

Comme les hommes sont de grands enfants, qui sacrifient tout à l'heure présente, c'est à nous, leurs Mentors attitrés, de les empêcher de mal faire, de les guider dans la bonne voie, en attendant que les pouvoirs publics les y contraignent de force.

Il faut les préparer à l'obéissance hygiénique, sanitaire, qu'on ne tardera pas à leur imposer, pour leur plus grand profit : cette législation qui aura

dition qu'on lutte contre la tendance au bourgeonnement, que présente la tumeur, contre les hémorrhagies, et contre la fétidité des écoulements.

Un procédé simple pour introduire des liquides médicamenteux dans la cavité rhino-pharyngienne.

Pour faire pénétrer des solutions médicamenteuses dans le naso-pharynx, on a recours aux pulvérisations et aux irrigations ou douches nasales, ou bien l'on applique le médicament sur la partie malade au moyen de tampons montés sur tige. Ces procédés nécessitent des appareils *ad hoc* et parfois la connaissance de manœuvres laryngologiques spéciales; enfin ils sont souvent pénibles pour le patient. La douche nasale exige, en outre, l'usage de grandes quantités de liquide, ce qui constitue un réel inconvénient lorsque le médicament employé est toxique ou d'un prix élevé ; dans certains cas même, l'irrigation nasale peut provoquer, comme on sait, des otites dues à la pénétration du liquide dans la cavité du tympan, à travers la trompe d'Eustache.

Or, dit la *Semaine médicale*, le docteur *Liebreich*, de Berlin, a indiqué un moyen bien simple et exempt d'inconvénients pour introduire des solutions médicamenteuses dans la cavité naso-pharyngienne, moyen basé sur ce fait physiologique, que le vestibule nasal — limité par une paroi osseuse rigide et par une paroi molle et dépressible — agit comme un ballon de caoutchouc muni d'une canule lorsqu'on le comprime au niveau de sa partie antérieure.

Il suffit donc d'introduire dans le nez un tampon d'ouate préalablement imbibé d'eau salée, par exemple, et assez gros pour remplir tout le vestibule nasal, puis de comprimer avec l'index et le pouce la partie latérale du nez dans le sens antéro-postérieur à partir du bord de la narine, en invitant le patient à ouvrir la bouche, pour que le liquide du tampon pénètre avec la plus grande facilité jusque dans la cavité pharyngienne, comme le prouve le goût salé perçu aussitôt par le malade.

On comprend que le procédé en question ne puisse réussir que si le sujet tient la bouche ouverte. Dans le cas contraire, en effet, la solution exprimée du tampon ne fait que s'accumuler dans le vestibule nasal, et elle s'écoule par la narine dès qu'on cesse la compression.

Avec la méthode de M. Liebreich la quantité de médicament employée est minime, attendu que, pour imbiber le tampon nasal, il ne faut pas plus de 30 à 40 gouttes, soit 1 c. c., 5 à 2 c. c. de solution. Ce procédé convient donc bien pour les applications de cocaïne ou d'eucaïne dans la cavité pharyngienne. Et de fait, M. Liebreich s'en est servi avec avantage dans plusieurs cas d'irritation de la gorge pour soumettre la muqueuse pharyngienne à l'action d'une solution d'eucaïne à 1 ou 2 %.

Le chloroforme contre les piqûres d'insectes.

Le Dr *Grandjean*, de Saillans (Drôme), nous signale un moyen qu'il recommande comme très efficace contre les piqûres de moustiques : c'est le chloroforme pur, en badigeonnages légers et en attouchements *loco dolenti*.

La cuisson fait alors absolument défaut tant de la piqûre que du médicament.

Le chloroforme agirait ce semble, comme antiseptique et analgésique. Cependant, le venin des insectes n'est pas formé d'éléments figurés.

REVUE DES CONGRES

(*Suite*, voir le n° 38).

II

CONGRÈS DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Ce congrès s'est tenu à Londres du 4 au 8 août.

Nous signalerons les communications pure-

---

surtout à se heurter à l'ignorance et à l'indifférence, sera, après tout, beaucoup moins vexatoire que bien d'autres règlements administratifs.

Elle ne sera pas plus douloureuse à appliquer que la panacée, préconisée par un journaliste de beaucoup d'esprit, lequel a sérieusement proposé, pour remédier à la décadence prolifique de la France, de rendre la famille obligatoire, de forcer l'individu à procréer dans l'intérêt social : « Cette loi n'aurait rien de plus abusif, quand on y réfléchit un peu, que n'en ont tant d'autres, où le devoir de chacun envers tous est imposé, au nom de tous, par voie de contrainte. Elle découle logiquement du système en vigueur dans tout le reste de la vie civique.

N'est-on pas passible d'un châtiment légal, quand on refuse l'impôt de l'argent, l'impôt du sang ? N'est-ce pas à contre-gré qu'on est contribuable et soldat ? De même on serait père par force.

Si la conséquence vous paraît monstrueuse, c'est que vous ne savez pas tirer d'un principe tout ce qu'il contient. Votre théorie et votre pratique ne concordent point.

N'objectez pas qu'ici la pratique serait impossible. La loi militaire a des exigences autrement cruelles que n'en aurait la loi familiale. On obtient du citoyen qu'il aille tuer et se faire tuer. Pourquoi n'en obtiendrait-on pas ceci : qu'il engrossât sa femme ? La chose n'aurait rien d'extraordinaire. La chose s'est déjà vue dans l'histoire, à Sparte.

Quand la voterez-vous, cette loi, messieurs nos Lycurgues ?

Tant que vous ne l'aurez pas votée et mise à exécution, laissez-moi rire de vos jérémiades ou de vos indignations patriotiques. Je ne saurais prendre au sérieux, cette société qui se dit malade et qui ne tient point à guérir.

En ces matières-là, discourir ne suffit pas, ni statistiquer non plus. Il faut prêcher d'exemple. Si la France ne doit pas s'éteindre, c'est à condition que chaque Français en particulier y mette du sien. Je m'entends.

Sinon, bonsoir, nous autres ! Dans un siècle, dans cinquante ans, dans moins peut-être, nous serons mangés par nos voisins.

Et ce sera pain bénit, n'est-ce pas ? Nous ne l'aurons pas volé. Nous aurons trop redit, chacun aux autres, et nul ne s'y attelant de bon cœur :

— Faites des gosses !

Et nous savons pourtant bien que la salive n'est pas de la semence, et que les enfants ne se fabriquent point, comme le croyait Agnès, par l'oreille ! » (Jean Richepin.)

Ce qui précède a l'air d'une boutade, aux allures de sophisme ; mais qui sait, ce sera peut-être la vérité de demain.

Après cette digression, je reviens à mon point de départ.

Puisque la fatalité condamne les médecins à se suicider de leurs propres mains, à travailler contre eux-mêmes, lorsqu'ils s'occupent d'autrui ; puisque leurs jours sont comptés et qu'il ne s'agit plus de savoir qu'à quelle sauce ils seront accommodés, le

ment théoriques de M. *Sabouraud* sur les teignes trichophytiques et la teigne à petites spores de Grüby, et les observations de MM. *Unna* et *Colcott Fox* sur le même sujet : de ces communications, on peut déduire que beaucoup d'auteurs confondent encore du trichophyton ectothrix avec le microsporum Audouïni, parce qu'ils considèrent plus la dimension de la spore que les divers organes constitutifs de ce parasite dans le cheveu. La culture permettrait d'éliminer cette cause d'erreur.

En ce qui concerne les dissidences mycologiques, elles seraient effacées par l'examen microscopique pratiqué, non pas sur des lambeaux de cultures ordinaires, mais sur des cultures en goutte suspendue qu'on puisse examiner au microscope sans les altérer.

En résumé, il faut toujours étudier la question à la fois par l'examen clinique, microscopique, cultural et mycologique pour chaque cas, on évitera ainsi les erreurs.

Enfin, il ne faut pas oublier que les parasites des teignes nous apparaissent différents dans les divers pays, ce qui doit nous engager à ne pas taxer d'erreur l'opinion d'autrui parce que nos propres recherches ne concorderont pas avec elle. Quoi qu'il en soit, un grand nombre de points semblent définitivement acquis.

Personne n'est plus venu soutenir aujourd'hui l'unicité trichophytique d'autrefois et la pluralité des trichophytons en France, en Angleterre, en Allemagne, en Italie et en Espagne, paraît bien définitivement établie.

Enfin le microsporon Audouïni et la teigne spéciale qu'il cause, la teigne de Grüby, acquièrent aujourd'hui leur droit de cité dans les cadres de la nosographie dermatologique, et, si l'on envisage le nombre colossal de malades atteints de cette affection dans tout l'ouest de l'Europe, les connaissances nouvelles à son sujet pourront être considérées comme bienvenues.

M. *Ogilvie* rapporte une observation qui paraît irréfutable de réinfection syphilitique chez un même malade. Cette observation satisfait, il tient à le faire constater, à toutes les conditions requises par Fournier, pour pouvoir affirmer la réinfection, à savoir :

1° Un chancre induré, avec pléiade inguinale indolente ; quelques semaines après, une roséole ou une autre éruption secondaire ;

2° Une absence complète d'accidents secondaires ou tertiaires pendant quelques années ;

3° Un nouveau chancre induré survenu après un coït suspect, accompagné d'adénopathie caractéristique ; quelques semaines après ce chancre, une syphilide maculeuse et papuleuse, des plaques muqueuses, de la céphalée, de l'alopécie.

La céphalée et l'alopécie ont fait défaut peut-être, mais ils ne sauraient à coup sûr, étant inconstants, être érigés en symptômes *sine qua non* et vraiment, à part un peu trop de laconisme peut-être sur le compte du deuxième chancre, on ne voit pas trop à quel point de vue l'observation de M. Ogilvie pourrait sembler attaquable.

Aussi, l'orateur, après avoir rappelé les cas publiés en 1895 par Hutchinson, en arrive-t-il à trouver « surprenante » la répugnance de Fournier et de son école à admettre explicitement la réinfection. Les faits de pseudo-chancres indurés, de syphilides chancriformes tertiaires, de roséoles tardives, par lesquels s'explique cette répugnance de Fournier et ses élèves semblent à M. Olgivie incontestables en eux-mêmes, sans doute, mais impuissants à rendre compte de tous les faits, en raison, sinon de leur rareté même, tout au moins de celle de leur succession chronologique dans des conditions telles qu'ils puissent simuler de façon parfaite une réinfection syphilitique.

L'orateur s'élève d'ailleurs contre l'opinion qui tend, avec Neumann, Lang, Diday et Fournier, à confondre la réinfection avec la curabilité de la syphilis, comme si la première suffi-

---

mieux est encore qu'ils choisissent leur genre de mort et qu'ils succombent noblement et avec sérénité, dans l'arène scientifique, après s'être distingués par leur dévouement à l'humanité souffrante, après avoir fait le plus de bien possible autour d'eux.

Ce sera leur façon de se venger de l'ingratitude de leurs clients et des pouvoirs publics.

Après tout, il serait difficile de faire autrement et on ne se figure pas un médecin installé dans une commune, où, souvent, il est le seul à avoir une certaine culture, en abuser pour donner de mauvais conseils aux paysans illettrés qui l'entourent. Tout au plus pourrait-on admettre une certaine neutralité, une certaine indifférence, inspirée par la lassitude, qui fait rejeter le manche et la cognée.

Mais bah, nos confrères ruraux, ces braves bûcherons qui ne reculent pas devant la besogne, ont encore mieux à faire : c'est, de chercher à se créer de plus en plus une place prépondérante dans les mairies, les conseils d'arrondissements et les conseils généraux, auprès des personnages officiels, afin de faire triompher la bonne cause, de semer partout le bon grain hygiénique, qui finira, n'en doutez pas, par fructifier au centuple.

« Ave, Cœsar (ô fonctionnarisme, ô démocratie) morituri te salutant ! »

Et la récompense quelle sera-t-elle, après le dur labeur, après les fatigues vaillamment supportées ? Oh ! bien petite, certainement, au point de vue rémunérateur et purement humain ; mais bien réconfortante, bien douce, bien consolante, si, comme le conseille le grand poète Mœterlinck, dans son essai sur La Vie profonde, vous envisagez la grandeur de la vie et sa beauté divine, d'après le rôle bienfaisant qu'on peut y remplir.

« Car qu'est-ce, au fond, dit-il, que tout ce qu'on appelle sagesse, vertu, héroïsme, et les heures sublimes, et les grands moments de la vie, si ce ne sont les moments où l'on est sorti plus ou moins de soi-même, et où l'on a pu s'arrêter, ne fût-ce qu'une minute, sur le pas de l'une des portes éternelles, d'où l'on voit que le plus petit cri, la pensée la plus pâle et le geste le plus faible ne tombent pas dans le néant ; ou bien que, s'ils y tombent, cette chute même est si immense, qu'elle suffit à donner un caractère auguste à votre vie ? Pourquoi attendez-vous que le firmament s'ouvre au fracas de la foudre ? Il faut être attentif aux minutes heureuses où il s'ouvre en silence ; et il s'ouvre sans cesse. »

Oui, oui, il y a une lumière consolante qui éclaire nos misères professionnelles ; mais à la condition d'ouvrir les yeux devant ses manifestations, de renoncer à l'égoïsme personnel et de se donner un noble but pour objectif.

Qu'il me soit permis d'espérer que cette pensée consolante apportera un peu de baume à nos confrères les plus déshérités, ceux qui dans la crise actuelle, cause de tant de mélancolie et de soucis, ont le plus besoin qu'on leur tende la main et qu'on leur adresse des consolations !

D[r] Grellety (de Vichy).

sait à démontrer *ipso facto* la seconde. Il oppose à cette interprétation les cas dans lesquels la réinfection s'est produite au cours même d'accidents tertiaires, et, d'autre part, il pense que même si la réinfection n'existait pas, cela ne saurait suffire à démontrer l'incurabilité de la syphilis, car *immunité* n'est pas synonyme de *maladie*.

Mais, sans considérer l'existence de la réinfection comme une preuve absolue de la curabilité de la syphilis, il s'élève toutefois contre le scepticisme de Fournier, Gower et autres auteurs. « L'âme d'un syphilitique, a dit un grand médecin anglais, ressuscitera syphilitique » ; cette spirituelle boutade, conclut Ogilvie, ne doit pas nous empêcher de croire à la guérison de la syphilis en ce bas-monde.

En ce qui concerne la durée de la période contagieuse de la syphilis, M. J. *Hutchinson* (de Londres), tout en admettant que dans un certain nombre de cas, la contagiosité se prolonge d'une façon extraordinaire, soit par l'intermédiaire de vieilles lésions syphilitiques, soit par le sang du fœtus, croit cependant qu'en thèse générale « cette contagiosité ne dépasse guère une année, et que bien plus rarement encore on la voit se prolonger au delà de deux ans ».

D'après *Lassar* (de Berlin), le pouvoir infectant de la syphilis diminue avec la durée de la maladie, mais peut persister aussi longtemps que les manifestations syphilitiques elle-mêmes, *quelles qu'elles soient* ; ce qui implique forcément la contagiosité des accidents tertiaires.

M. *Campana* (de Rome) déclare qu'il est impossible de déterminer d'une façon positive la durée de la période contagieuse de la syphilis; en tout cas, il considère la contagion comme facile tant que dure la période dite secondaire, caractérisée par des lésions ulcéreuses, qui n'ont pas de tendance à subir la transformation caséeuse ; mais si le traitement est judicieusement poursuivi pendant le temps nécessaire, on peut espérer qu'après *trois ans*, la maladie même et sa contagiosité ont totalement disparu.

D'après M. *Feulard*, la durée de la période contagieuse varie avec les sujets ; on peut fixer entre trois et quatre années le temps pendant lequel apparaissent et récidivent les accidents contagieux proprement dits ; pendant ce temps, le mariage doit être interdit aux syphilitiques.

Un certain nombre de faits, heureusement rares, semblent prouver que la transmission de la syphilis peut se produire même après dix ans; les accidents d'où ces transmissions proviennent sont, d'ordinaire, des érosions fort simples.

Parmi les causes qui provoquent ces poussées érosives, il en est une dont on doit souligner l'importance : c'est le tabac. La plupart des malades contaminateurs fumaient et étaient porteurs d'éruptions bucco-linguales.

L'influence du traitement antérieur sur les syphilis à virulence prolongée semble médiocre (1).

La question de la syphilis maligne est encore embrouillée, malgré les nombreux efforts tentés pour l'élucider :

D'après M. *Haslund* (de Copenhague), la syphilis maligne est simplement une forme de syphilis secondaire, n'ayant aucune relation avec le tertiarisme: on l'a souvent confondue avec les formes tertiaires, dont elle doit être distinguée.

Le pronostic est relativement favorable.

D'après M. *Neisser* (de Breslau), la syphilis maligne diffère à la fois de la syphilis grave et de la syphilis anormale grave.

Les traits caractéristiques de la syphilis maligne sont des symptômes généraux aigus et des symptômes secondaires nombreux et précoces, à rechutes fréquentes et à tendances ulcératives.

Les formes hémorrhagiques de la syphilis doivent être regardées comme des complications, et dans ce sens le scorbut est une complication grave de la syphilis.

Pour M. *Tarnovsky*, de Saint-Pétersbourg, il y a trois types de syphilis grave : *a.* l'infection mixte pyo-syphilitique; *b.* la syphilis à accidents gommeux prématurés ; *c.* la syphilis à localisations défavorables et compliquée de l'une ou de l'autre des deux premières formes.

M. *Gaucher* préconise comme traitement de l'épithélioma cutané la galvanocaustie ignée et dans les intervalles des cautérisations, l'application d'une pommade au chlorate de potasse à 1/6 ou à 1/3.

M. *Lave*, de Londres, emploie contre la syphilis, les injections intra-veineuses de cyanure de mercure en solution à 1 0/00.

La dose injectée chaque fois doit être de 1 gr. 1/4, bien que dans les syphilis graves on ait commencé par une dose double. Mode opératoire : ligature autour du bras, ponction d'une des veines les plus saillantes dans la région du pli du coude, avec l'aiguille de la seringue chargée. Enlèvement de la ligature, puis injection. Le nombre de cas traités a été de 76 et les injections faites de 1.000. Les cas traités comprenaient la plupart des manifestations de la syphilis.

Le nombre des injections nécessaires variait de quarante-six à quatre. Cinquante des malades quittèrent l'hôpital guéris des accidents pour lesquels ils étaient entrés ; seize furent améliorés, quatre refusèrent le traitement ou furent renvoyés ; six autres ne purent être traités, par impossibilité de faire saillir assez la veine. Très rarement on ponctionna à côté de la veine, mais il ne s'en suivit aucun accident sérieux, sauf dans deux cas où il y eut un abcès.

Aucun changement ne put être apprécié dans la paroi des veines ponctionnées ; il n'y eut pas formation de thrombose, bien que dans un cas vingt-trois ponctions furent faite daus chaque bras.

M. *Hallopeau* propose la classification suivante pour les affections tuberculeuses de la peau, en dehors du *lupus* :

Tuberculose scléreuse de Vidal.
Gommes tuberculeuses.
Tuberculoses uléreuses.
Tuberculose pustulo ulcéreuse (impétigo rodens.)
Folliculites suppuratives.
Lichen scrofulosorum.
Acné cachectique.

M. *Hyde*, de Chicago, classe les symptômes

(1) Emprunté au compte rendu de la *Semaine Médicale*, par le Dr Jacquet.

cutanés de la tuberculose — non compris le lupus vulgaris — en trois catégories.

1. Lésions dues à l'infection tuberculeuse primaire et secondaire.

2. Lésions où la présence des bacilles de la tuberculose dans chaque cas n'a pas été démontrée, mais où il est possible qu'elle puisse être démontrée à l'avenir ;

3. Dermatoses dont une tuberculose d'autres organes que la peau, peut être indirectement responsable.

M. Hyde assigne à la première catégorie :

1. Verruca necrogenica ;
2. Tuberculosis verrucosa cutis (Riehl et Paltauf) ;
3. Tuberculosis rapillomatosa cutis (type Morrow) ;
4. Fibromatosis cutis (Riehl) ;
5. Elephantiasis tuberculosa cutis ;
6. Tuberculosis cutis ulcerativa (l'ulcère tuberculeux, Chiari) ;
7. Tuberculosis gummatosa ulcerativa (scrofuloderme cutané) ;
8. Lymphangitis tuberculosa cutanea (Besnier);
9. Tuberculosis cutis serpiginosa ulcerativa ;
10. Tuberculosis cutis fungosa ;
11. Tuberculosis nodosa atrophica (forme lupoïde).

Dans la deuxième catégorie, le rapporteur range :

1. Lupus érythémateux avec les conclusions suivantes : *a*) le lupus érythémateux ne provient pas, et n'est pas la source, d'infection tuberculeuse ; *b*) le lupus érythémateux survient chez des sujets non tuberculeux, dont la cause n'a pas encore été déterminée ; *c*) le lupus érythémateux survient chez les sujets atteints de tuberculose et il est probable qu'il y a une certaine relation entre les deux ;
2. Erythéma induratum scrofulosorum (Bazin) ;
3. Lichen scrofulosorum ;
4. Tuberculosis suppurativa et bullosa acuta (Hallopeau) ;
5. Un groupe de troubles acnéiformes, sycosiformes et folliculaires dans lesquels il est possible que la tuberculose soit responsable pour quelques manifestations;
6. Kéloïde ;
7. Ulcus molle, compliquée de tuberculose.

Dans le dernier groupe, le rapporteur place quelques troubles :

1. Eczematoïdes (névro-dermiques) ;
2. Erythema pernio ;
3. Des formes exceptionnelles d'erythema multiforme ;
4. Quelques formes de melanoderma ;
5. Purpura des cachectiques, et 6 quelques-unes des dermatoses médicamenteuses.

A propos de *l'érythème multiforme,* M. *Veiel* de Cannstatt, nie sa nature rhumatismale, et M. S. *Mackenzie* affirme au contraire qu'il est purement rhumatisnal.

M. *Perrin*, de Marseille, cite cinq cas de contagion indiscutable de l'eczéma séborhéique des régions inguinales.

Enfin M. *Campana* affirme que, en considérant la nature et les symptômes spéciaux de la lèpre, on arrive à cette conclusion que si les nations civilisées s'accordaient sur les mesures à prendre pour diminuer la diffusion de la maladie, et pour la traiter, on arriverait à sa limitation et à son extinction progressive.

Le traitement local est nécessaire au premier stade de la lèpre contre les tubercules et les macules lépreuses. Elles peuvent être détruites par un traitement chirurgical radical, suivi de cautérisation.

L'antisepsie et l'asepsie rigoureuse sont de rigueur dans le traitement de ces diverses lésions ; ce traitement doit se plier aux exigences particulières de chaque cas, il variera suivant le nombre, le siège et le développement des lésions.

La lèpre tuberculeuse est un processus purement local, mais grave, et sa contagiosité qui a été prouvée expérimentalement est en proportion directe avec la durée de la lésion. D'où la règle de détruire les lésions aussitôt qu'elles apparaissent.

Les mutilations graves, les phénomènes fébriles et hectiques qui peuvent survenir dans la lèpre, résultent des conditions septiques créées par les ulcérations et les ulcères trophiques. Lorsque ce traitement bien dirigé a eu raison de ces manifestations extérieures, cette infection générale est diminuée.

C'est pour cela que la guérison des brèches de la peau, des ulcérations, des portes d'entrée des infections secondaires, est d'une si grande importance dans les asiles de lépreux.

Quand les phénomènes généraux sont survenus, le traitement consiste à les attaquer directement, en recherchant attentivement la nature et la source de l'infection surajoutée et en changeant les conditions hygiéniques mauvaises dans lesquelles ces infections se sont développées chez le malade.

Le prochain Congrès de dermatologie aura lieu à Paris en 1900.

III

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes.

Ce congrès s'est tenu à Nancy du 1er au 6 août. Après une très intéressante communication de M. *Séglas* sur la pathogénie et la physiologie pathologique de l'hallucination de l'ouïe, M. *Garnier*, de Paris, a insisté sur l'utilité de l'internement et de l'isolement des aliénés comme moyen thérapeutique.

Autrefois on ne se préoccupait que d'empêcher l'aliéné de nuire ; l'internement n'était qu'une mesure de défense sociale. Actuellement on enferme l'aliéné pour l'empêcher de nuire sans doute, mais aussi pour tenter de le guérir.

Isoler l'aliéné de son milieu habituel, c'est le faire rompre avec les conditions dans lesquelles s'est développé son délire et où il trouvait un aliment à son excitation.

De plus, le propre de la folie est *de s'ignorer* ; comment faire accepter un traitement dont l'utilité n'est pas comprise du malade ?

Le devoir des parents est donc de recourir à l'isolement de l'aliéné ; les actes préjudiciables ou attentatoires à la vie des personnes commis par les malades engagent la responsabilité morale de leur famille.

Comment pratiquer l'isolement ? Un asile créé pour recevoir, abriter, contenir et traiter

les aliénés est la condition la meilleure pour réaliser la surveillance et le traitement de la folie.

Une des raisons de l'excitation très grande de certains malades conservés à leur domicile est l'obstination que met un entourage maladroit à vouloir les convaincre de l'invraisemblance de leurs allégations. L'internement coupe court à ces luttes syllogistiques. De plus l'internement fait assister l'aliéné aux troubles mentaux, aux assertions fantaisistes et plus ou moins absurdes des autres malades internés comme lui, et comme l'aliéné n'a pas toujours perdu toute faculté de raisonnement, le spectacle des insanités ambiantes provoque un retour sur lui-même qui peut être l'aurore d'une guérison.

Enfin le fait de la réunion de nombreux aliénés astreints dans un même lieu, à une même règle, soumis à la même autorité médicale, est d'une très grande importance thérapeutique.

A part certaines circonstances exceptionnelles, l'isolement ne saurait être pratiqué que dans une maison de santé publique ou privée.

En ce qui concerne les différentes formes de la folie, voici celles qui nécessitent le plus souvent l'internement : la manie, la mélancolie, la paralysie générale, la démence sénile, le délire de la persécution, l'idiotie, la débilité mentale, l'alcoolisme. Les hystériques, épileptiques, simulateurs sont à isoler plutôt qu'à interner. Il n'y a que le délire épileptique et la folie hystérique, qui peuvent nécessiter l'internement. En ce qui concerne les criminels aliénés, dit M. P. *Garnier*, les délinquants qui ont bénéficié d'une ordonnance de non-lieu, les criminels acquittés en cour d'assises sur les conclusions de l'expertise médico-légale, sont généralement mis à la disposition de l'autorité administrative à charge par celle-ci de pourvoir à leur envoi dans un asile d'aliénés. Ces sujets sont dirigés sur un service, sans avoir fait l'objet d'une notice quelconque ; le médecin de l'asile n'est pas généralement fixé sur le passé de ces irresponsables : aussi est-il difficile de décider de la sortie de ces malades lorsqu'ils présentent des signes de guérison ; d'où il résulte qu'il serait utile qu'on étudiât :

1° La création d'asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels ;

2° Les mesures spéciales à prendre à l'égard des délirants alcooliques récidivistes.

M. *Rouby* fait remarquer qu'en Angleterre le traitement des aliénés dans les asiles est facilité par la liberté du placement et l'absence d'intervention de la magistrature ; il croit l'intervention de cette dernière plus nuisible qu'utile. M. *Lapointe* insiste sur l'utilité du traitement moralisateur et du travail au grand air pour les aliénés. M. *Marie* voudrait qu'on séparât les aliénés en aigus et chroniques et que des asiles spéciaux fussent affectés à chacune de ces deux catégories. M. *Paris*, de Maréville, en considération des nombreux cas où le médecin d'asile est fortement embarrassé par l'obligation d'observer le secret professionnel émet le vœu suivant : toute personne guérie d'un accès d'aliénation mentale, qui demande à prolonger momentanément son séjour dans un asile d'aliénés jusqu'à guérison d'une maladie physique transmissible ou en raison d'un état passager qu'elle aurait intérêt à tenir secret ou pour lequel le secret médical peut être engagé, peut, après avis motivé du médecin soumis d'une façon strictement confidentielle au Préfet et au Procureur de la République, être retenue dans un établissement de ce genre.

M. *Etienne* (Nancy) communique une observation de paralysie générale à évolution irrégulière survenue, chez un employé de droguerie, à la suite d'une intoxication suraiguë extrêmement grave par les vapeurs d'huile d'aniline, avec ictus apoplectique, cyanose, état de collapsus, pouls ralenti et très faible, pupilles dilatées ; puis, quelques jours plus tard, persistance d'une teinte de la peau et coloration noire des urines. Dès ce moment les troubles psychiques et moraux apparurent et aboutirent à l'état actuel caractérisé par des ictus apoplectiques répétés, des troubles de l'intelligence, de la parole, de la mémoire, des sentiments affectifs, et entrecoupés de rémissions très marquées.

M. *Régis*. — Les rapports de la neurasthénie et de la paralysie générale sont de deux ordres : *association*, *distinction*.

1° La neurasthénie peut s'*associer* à la paralysie générale à toutes ses périodes :

Au début elle constitue, fréquemment, la période préparalytique.

Plus tard, elle peut accompagner la paralysie générale d'une façon plus ou moins évidente, plus ou moins durable (paralysie générale à symptômes neurasthéniques).

2° La neurasthénie peut être *confondue* et par suite doit être *distinguée* de la paralysie générale dans plusieurs cas :

Dans certains états infectieux, survenant à un moment quelconque des maladies toxiques, particulièrement au décours des maladies infectieuses aiguës et qui peuvent être soit de la simple neurasthénie avec obtusion, confusion mentale, soit de la véritable paralysie générale.

Dans les états de début possible de paralysie générale.

3° Les principaux caractères qui peuvent servir dans ces cas à distinguer la neurasthénie de la paralysie générale sont les suivants :

a) *Existence ou absence de la syphilis.* — L'existence d'une syphilis antérieure est une présomption en faveur de la paralysie générale, son absence une présomption contre.

b) *L'existence de l'hérédité et la forme d'hérédité.* — Une hérédité morbide cérébrale organique au point de vue du système nerveux est une présomption en faveur de la paralysie générale. Une hérédité nulle ou une hérédité névropathique ou vésanique est une présomption en faveur de la neurasthénie.

c) *Date de la neurasthénie.* — Un état neurasthénique ancien remontant à l'enfance ou à la jeunesse est une présomption contre la paralysie générale. Un état neurasthénique récent, chez un homme à l'âge mûr, une présomption en faveur de la paralysie générale.

d) *L'embarras de la parole* de la neurasthénie diffère habituellement par certaines particularités de l'embarras de la paralysie générale. Il est plus *émotif* qu'*organique* et est très influencé par les circonstances et les causes psychiques.

e) *La diminution mentale* de la neurasthénie

est plutôt une obtusion mentale, une fausse mence qu'une démence.

f) La neurasthénie syphylitique et la paralysie générale ne s'améliorent ni l'une, ni l'autre, d'habitude, par la médication spécifique.

Mais les autres traitements, en particulier le traitement tonique général et l'hydrothérapie froide, améliorent rapidement et sensiblement la neurasthénie syphilitique, tandis qu'ils restent sans effet sur la neurasthénie préparalytique, qui peut même recevoir parfois une stimulation fâcheuse du traitement excitant, comme l'hydrothérapie froide.

M. *Ballet.* — Il y a un signe important de diagnostic différentiel, quand il s'agit de neurasthénie, que M. Régis n'a pas signalé. Je veux parler de la paralysie pupillaire. Chaque fois que l'on constate ce symptôme, on ne peut pas dire qu'il s'agit de paralysie générale, mais on peut affirmer qu'il y a autre chose que de la neurasthénie (1).

M. *Vallon*, après avoir fait observer que généralement les persécutés se divisent en deux catégories : les uns raisonnants, qui ne sont dangereux que pour une ou deux personnes, et les autres hallucinés, qui sont dangereux pour tout le monde, rapporte le cas d'un persécuté qui réunissait ces deux formes de délire de la persécution.

MM. *Parisot* et *Lévy* ont observé une notable diminution de la toxicité urinaire chez les déments séniles en imminence de délire. M. *Crocq*, de Bruxelles, rapporte deux cas d'acrocyanose (cyanose des extrémités) affection congénitale, due peut être à l'alcoolisme paternel, et bien différente de la maladie de Raynaud et de l'œdème bleu de Charcot.

M. *Sollier* décrit un type curieux de psychopathie gastrique, qui consiste essentiellement dans une appréhension de la digestion, une sorte de phobie, qui pousse les malades à redouter les effets que l'ingestion des aliments ou leur digestion gastrique sont capables de produire : étouffements, palpitations, vertiges, congestions cérébrales, pouvant même entraîner la mort.

Le début a lieu d'une manière insidieuse, sous un prétexte quelconque. L'appétit peut être conservé, mais présente toujours des irrégularités (inappétence complète alternant avec des accès de boulimie). Les sujets, par suite de leurs appréhensions de mal digérer, restreignent leur alimentation sous tous les rapports (choix des aliments et quantité) et perdent rapidement l'habitude de manger. Ils en arrivent même à ne plus savoir les mouvements nécessaires à la mastication et à la déglutition.

Ils essaient de tous les régimes, de tous les médicaments, et chaque tentative, après avoir été suivie d'une amélioration au début, ne tarde pas à laisser reparaître les mêmes troubles. Les malades ne songent plus absolument qu'à leur alimentation et à leur digestion, prenant toutes les précautions imaginables pour préparer et faciliter cette digestion, et arrivent ainsi à se faire une existence à part, plus ou moins compliquée. Ils restreignent non seulement leurs fonctions digestives, mais tout le champ de leur activité physique, intellectuelle et morale. Le plus souvent, d'ailleurs, leur entourage contribue à entretenir cet état mental, cette appréhension.

Le seul traitement consiste à soustraire le sujet à l'influence de son entourage qui est le plus souvent fâcheuse, puis à lui redonner l'habitude de s'alimenter normalement, en le forçant d'emblée à ingérer la quantité nécessaire d'aliments et en lui rendant, en même temps, la sécurité d'esprit sur les suites que doit avoir l'alimentation qu'il est habitué à redouter.

M. *Bérillon* (Paris). — Lorsqu'un buveur d'habitude, après plusieurs tentatives d'abstinence, reconnaît son impuissance à se guérir seul de ses habitudes alcooliques et à se soustraire à l'influence du milieu, il peut trouver un grand secours dans l'emploi de la suggestion hypnotique.

La suggestion agit par la création d'un véritable centre d'arrêt psychique dont le malade a la sensation très nette. Lorsqu'il se trouve en présence des sollicitations qui viennent l'assaillir, il peut appuyer sa résistance sur cette sensation. En peu de temps, il aura limité ses habitudes d'alcoolisme. Le plus grand nombre arrive à une guérison durable.

M. *Francotte* lit un travail sur les injections quotidiennes de 1 milligr. de sulfate de Duboisine comme moyen de combattre le refus d'aliments chez les paralytiques généraux.

(à suivre).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les Sociétés de secours mutuels.

La lutte engagée contre les Sociétés de secours mutuels, commence à intéresser les médecins étrangers et en particulier nos voisins d'Outre-Manche, qui sont aux prises avec de puissantes associations ouvrières.

Le journal anglais *The Lancet* a ouvert une enquête sur la question et publié dans une brochure qu'il intitule *The battle of the Clubs*, les documents qu'a pu réunir son commissaire enquêteur.

Nous publierons certainement un jour un exposé de la situation en Angleterre, mais il nous a semblé utile de donner, dès maintenant, l'impression de notre confrère Anglais sur la situation en France. Les Anglais sont en effet gens pratiques, ils ne se paient pas de mots et apprécient froidement — de plus, désintéressés, qu'ils sont dans la question, ils peuvent à notre avis, juger plus impartialement nos efforts.

Nos lecteurs trouveront sans doute dans l'article de *The Lancet* quelques inexactitudes de détail — il est difficile à un étranger que renseignent seulement la lecture des journaux ou quelques brèves conversations, dans un idiome forcément moins familier que la langue natale, de saisir exactement une situation aussi complexe que celle du corps médical et de faire un juste départ entre les points acquis et ceux qui ne sont encore qu'à l'état d'aspirations. Néanmoins l'ensemble nous paraît heureusement ré-

(1) Emprunté au compte rendu du *Bulletin médical*.

sumé, et nous sommes convaincus que cet article sera lu avec grand intérêt.

Inutile de dire que la traduction a suivi absolument le texte anglais et que nous laissons à nos lecteurs le soin de rectifier lorsqu'il y aura lieu.

The Battle of the Clubs.

—

France.

Générosité du Corps médical. Organisation des Syndicats. Reconnaissance par l'Etat d'un salaire minimum.

Pour bien comprendre les relations du Corps médical en France avec les Sociétés de secours muuels il est nécessaire d'entrer dans l'esprit du grand soulèvement populaire que fut la Révolution de 1848. Il faut connaître quelque chose de l'école romantique qui alors atteignit son apogée. Il faut apprécier toute la force de cet énorme flot qui, un instant, déferla sur l'Europe.

Le mouvement prit son origine en France : sa premièreexplosion précipita du trône Charles X et son triomphe final substitua la République au constitutionalisme libéral de Louis-Philippe. L'ouvrier devint alors l'objet non seulement d'une sympathie etd'une commisération immenses, mais encore d'une admiration et d'un respect exagérés ; il était l'incarnation de toutes les vertus civiques ; en recevant le pouvoir politique, le droit au vote, il devait sûrement régénérer le monde.

Toutes les classes s'efforcèrent de l'aider à relever sa position, et dans ce généreux effort,personne ne montra plus de bon vouloir et d'ardeur que les membres de la profession médicale.

Un ouvrier devait-il à son médecin cent francs, ce dernier consentait volontiers à accepter vingt ou vingt-cinq francs en règlement de sa créance : c'était devenu une coutume de dire, dans la lettre réclamant les honoraires habituels, que le quart environ de la somme serait accepté en règlement.

Ce système avait, du moins, le grand avantage d'imposer à l'ouvrier une obligation morale envers son médecin. L'ouvrier était alors capable de comprendre l'étendue du sacrifice que le médecin avait consenti pour l'assister dans sa pauvreté. A ce moment pourtant, ce qui, sur le continent, est connu sous le nom de mouvement mutualiste rencontra un appui général. La création de Sociétés de secours mutuels fut réclamée de tous côtés : on pensa que les ouvriers pourraient s'assurer contre la maladie, en payant, chaque semaine, une faible somme. Et cette conception pouvait si bien se défendre *que, comme on s'y attendait*, le corps médical enthousiasmé supporta seul les frais du mouvement.

Il ne faut pas oublier que nous parlons actuellement de la période ascendante de l'école romantique : le réalisme existait à peine dans la littérature et la science sociologique n'était pas encore un facteur politique.

On conçoit donc que le corps médical ne put pas réaliser ces desseins jusque dans leurs conséquences vraisemblables. En effet, il ne s'écoula pas un long temps avant que les médecins commençassent à s'apercevoir que sous le système mutualiste ils ne pourraient obtenir davantage des ouvriers. Mais cela leur eût peu importé. Partout les médecins avaient consenti à soigner les pauvres pour peu ou point d'honoraires ; mais ils s'étaient attendus, en échange, à quelques marques de reconnaissance, à quelque appréciation des services qu'ils avaient pu rendre. Or, membre d'une Société de secours mutuels, l'ouvrier ne ressentit ni exprima aucune gratitude pour le médecin qui le soignait ; au contraire, il le regarda comme un serviteur payé, qui n'avait fait que son devoir. En outre, ce que le médecin reçut, comme honoraires, ne dépassa pas et souvent n'atteignit pas, ce que l'ouvrier lui eût donné avant la formation de la Société mutualiste.

Et pourtant cette ingratitude eût pu être supportée, si elle n'eût été accompagnée d'autres griefs plus sérieux.

Les Sociétés de secours mutuels à leur origine avaient été créées au profit des ouvriers ; mais, au bout de peu de temps, les petits commerçants, les employés et d'autres encore manifestèrent un vif désir de participer au bénéfice de ces associations Puis quelques ouvriers s'enrichirent et à leur tour employèrent d'autres ouvriers. Les plus scrupuleux reconnurent qu'ils n'avaient plus le droit de participer aux avantages d'institutions organisées uniquement pour aider les pauvres, aussi se retirèrent-ils de la Société ou si, par dévouement à la cause, ils continuèrent à payer la cotisation, ce fut à titre de membres honoraires.

D'autres, plus égoïstes, et plus avares, continuèrent à payer et à profiter des avantages. Enfin, les commerçants, les petits boutiquiers, les rentiers et des gens ayant une certaine position, commencèrent à fonder des Sociétés de secours mutuels et à s'assurer contre la maladie.

La pensée philantropique, le désir d'aider les pauvres, furent bientôt étouffés par le désir égoïste d'économiser les frais de maladie et cela, en définitive, aux dépens du Corps médical.

Il en résulta que les Sociétés mutuelles amassèrent un gros capital, en dépit du fait que les cotisations payées par leurs membres fussent tout à fait insuffisantes et qu'il n'y eût aucune économie réalisée sur les indemnités pour incapacité de travail, sur les dépenses pharmaceutiques ou les frais d'administration. L'économie avait été réalisée sur le travail des médecins.

En 1881, le Dr Béraud, de Charlieu, membre du Concours médical, publia un rapport sur ce sujet. Il estimait qu'à cette époque les médecins ne recevaient pas plus de 35 centimes, pour chaque visite faite à un membre d'une Société de secours mutuels, et il ajoutait : « il existe 7.000 Sociétés de secours mutuels reconnues par la loi et de trois à quatre mille qui ne sont pas légalement constituées ; elles comptent près d'un million de membres actifs, 140.000 membres honoraires et possèdent un capital de 92.000.000 de francs. Actuellement ces réserves sont constituées en partie par les subventions de l'Etat, en partie par les souscriptions des membres honoraires, enfin, pour la plus grande partie par la réduction que les médecins ont consentie sur leurs honoraires. Les recettes annuelles montent à 20.000.000 fr. environ et les dépenses à 16.000.000 fr. sur lesquels 2.000.000 fr. seulement vont aux médecins. Si au million de participants, nous ajoutons les femmes et les enfants qui, comme c'est la régle, bénéficient également des soins médicaux, nous arrivons à un total d'environ 4.000.000 de personnes qui, pour la somme de 2.000.000 fr., soit cinquante centimes par tête, peuvent recourir aux bons offices d'un médecin à toute heure de jour ou de nuit. »

M. Léon Marie, membre de la Commission chargée de contrôler les statistiques et les budgets des Sociétés de secours mutuels, établit que ces Sociétés comptent 1.420.000 membres en 1890, sans compter les femmes et les enfants qui, sans payer la moindre cotisation, profitent des avantages médicaux.

Quelques-unes de ces Sociétés sont devenues, dans la pratique, des Sociétés d'assurances : elles paient souvent une pension à la famille dont le père est mort prématurément. Elles diffèrent des Compagnies d'assurances en ce qu'elles ne paient pas de dividendes à des actionnaires, mais comme ces Compagnies elles sont sous la dépendance de la justesse de leurs calculs, par rapport à la moyenne des probabilités.

Il semble clair, cependant, que ces calculs n'ont pas été faits et qu'un calculateur reconnaîtrait que les cotisations sont trop faibles pour les responsabilités encourues. Si les banqueroutes n'ont pas été plus fréquentes, cela est dû aux généreux sacrifices faits par le Corps médical.

Récemment une Ligue Nationale de la Mutualité s'est créée pour traiter toutes ces questions et, de leur côté les médecins se sont organisés dans le même but. Une Société qui porte le nom de *Concours médical* a été fondée il y a vingt années : cette Société propage les principes de solidarité dans les rangs du Corps médical et cherche à améliorer la situation matérielle et morale des médecins. Sur 16.000 médecins qui exercent en France, 4.000 sont membres de cette Société : ils paient une cotisation annuelle de 10 francs et reçoivent en échange l'organe de la Société, le *Concours médical* qui est publié par le Dr Cézilly.

Sous l'énergique direction de ce gentleman, le *Concours médical* a fondé une Société mutuelle dans le but de délivrer des pensions aux médecins trop âgés pour travailler, frappés par une maladie soudaine ou par un accident et, en cas de mort, d'aider leurs veuves et leurs familles. Mais ce qui est le point principal, c'est que le *Concours médical* a organisé des Syndicats ou Associations de médecins dans le but spécial de défendre les intérêts économiques de la profession.

En réponse à cette active initiative, environ 3.000 médecins se sont réunis en Syndicats. Parmi ces divers syndicats, le Syndicat médical de Paris est le plus important car il compte plus de 600 membres.

Il y a en tout 70 syndicats en France et le nombre de leurs membres s'accroît de jour en jour.

On verra que les griefs contre les sociétés de secours en France sont les mêmes que ceux qui ont été décrits dans l'étude sur les sociétés de secours en Angleterre. Cependant la situation des médecins en France diffère considérablement de celle des médecins anglais.

Ils peuvent former des syndicats — ce droit est expressément reconnu par la loi sur les syndicats de 1884 — mais dans certains cas une résistance serait illégale : tous les médecins sont tenus de prêter leur concours à l'Etat et à la commune ou municipalité. La loi de 1893 sur l'assistance médicale aux pauvres stipule que le gouvernement central ou Etat et le gouvernement local ou commune se partageront les frais médicaux du traitement des pauvres. Les honoraires devront être la moitié du tarif minimum local. Comme la visite est généralement de deux francs, le médecin reçoit donc pour les assistés un franc des autorités locales. On verra que le médecin est beaucoup mieux payé pour soigner les assistés que pour soigner les membres des sociétés de secours. Et en Angleterre combien de médecins de sociétés reçoivent-ils un franc par visite aux sociétaires ? Mais les médecins ne peuvent résister à ces conditions de l'Assistance médicale ; ils doivent de même obéir lorsqu'ils sont réquisitionnés par les autorités. La même règle s'applique à toutes les expertises judiciaires, et ils n'ont pas davantage le droit de refuser leurs services si la commune établit la vaccination obligatoire. Dans ce dernier cas, la commune paie la moitié des honoraires habituels si le médecin ne peut se faire payer de la personne vaccinée.

Depuis que les Syndicats médicaux se sont formés, ils ont pu négocier sur des bases équitables avec les autorités pour tous ces services publics. D'un autre côté, ils peuvent tenir tête aux sociétés mutuelles et exiger des honoraires au moins égaux à ceux que leur alloue l'Etat pour soigner les pauvres. Si, comme on l'affirme, le paiement moyen des sociétés mutuelles est de 35 centimes par visite, il devrait être élevé de 65 centimes pour atteindre celui qui est admis pour les assistés.

En Angleterre, c'est à peine s'il y a quelques médecins qui reçoivent un franc et beaucoup ne reçoivent pas les 35 centimes de la moyenne française et cependant ils ont à fournir les médicaments. En France la loi de l'an XI interdit aux médecins de délivrer des médicaments et ce n'est que dans les communes où il n'y a pas de pharmacie que le médecin est autorisé à fournir des médicaments à ses clients, mais même dans ce cas il ne lui est pas permis de tenir officine ouverte. Il y a environ 2.500 médecins qui habitent des communes où il n'y a pas de pharmacie. Les médecins ne pourraient donc établir un dispensaire comme cela s'est fait en Angleterre.

La loi dit expressément que les médicaments ne peuvent être vendus que par les pharmaciens diplômés et qu'un pharmacien ne peut avoir d'associé financier, qu'il ne peut être l'agent d'une société financière — le capital nécessaire à l'ouverture d'une pharmacie doit appartenir en propre au pharmacien. De cette façon, si une erreur vient à se produire et que le pharmacien soit condamné, c'est avec son propre argent qu'il paie l'amende. Sans doute cette loi a été tournée dans bien des occasions, elle suffit cependant à empêcher et les sociétés mutuelles et les médecins d'établir des dispensaires. Il n'est pas non plus permis à un médecin d'avoir un intérêt commun avec un pharmacien pour la vente d'un remède particulier.

Les divers syndicats médicaux en France ont formé une Union nationale capable d'exprimer sous une forme unique les aspirations qui leur sont communes à tous. Cette Union des Syndicats médicaux cherche actuellement à obtenir quelques réformes vraiment importantes. Ses membres cherchent à remplacer le paiement annuel d'une somme fixe pour chaque membre des sociétés mutuelles par le paiement d'un honoraire pour chaque consultation donnée. Ils ont même accepté dans certains cas de réduire leurs honoraires habituels de moitié — soit un franc au lieu de deux ; ils insistent cependant sur ce point qu'il soit bien compris que dans ces conditions ils font à la société un cadeau de un franc par consultation. Devenant ainsi les principaux souscripteurs des sociétés de secours mutuels, ils réclament le droit de participer à leur administration et de contrôler la liste de leurs membres participants. Tout sociétaire doit se persuader que la visite du médecin constitue pour lui-même une faveur qui atteint la moitié ou le quart du prix habituel : le médecin attaché à une telle société devrait se réserver le droit de refuser de rendre un tel service. Chaque malade qui reçoit la visite du médecin et paie seulement un franc devrait savoir qu'il reçoit un présent d'un franc de ce médecin qui aurait le droit de lui réclamer au moins deux francs.

Si les sociétés de secours mutuels en France ont maintenant une réserve qui atteint près de cent millions de francs, une bonne moitié de cette somme peut être considérée comme une contribution fournie par les médecins qui ont fait abandon d'honoraires auxquels ils avaient droit.

Comme ils n'ont pas reçu le moindre remerciement pour ce généreux sacrifice, les syndicats médicaux ont décidé que la position du médecin devrait être clairement définie. Ils insistent pour que désormais les sociétés de secours mutuels soient assises sur une base certaine et qu'il y ait des actuaires chargés d'établir ce qu'elles doivent payer. Si, comme il est probable, il est démontré que la moyenne est de trois ou quatre jours de maladie par an et par tête, la cotisation devra être de trois ou quatre francs par membre pour les soins médicaux et environ de 1 fr. 50 pour les médicaments. Si la moyenne de l'incapacité de travail est de quatre jours, alors, à raison de deux francs par jour, ce sera huit francs de plus à réclamer par an. Si l'on ajoute les dépenses funéraires et les pensions pour la vieillesse, les mutualistes auraient à payer probablement de vingt à trente francs par an. Or actuellement ils versent rarement plus de quinze francs, bien qu'ils jouissent de tous ces avantages ; il est vrai que les dits avantages ne leur sont assurés qu'aux dépens du corps médical. Aussi les Syndicats médicaux sont-ils en train de mettre un terme à ces agissements.

Tout d'abord ils n'accorderont à personne le droit d'être admis comme membre d'une Société de secours

mutuels sans un examen médical préalable et ils entendent demander deux francs pour cet examen. Ils entendent ensuite réserver au corps médical le droit d'exclure tous les membres qui ne leur conviennent pas — c'est-à-dire toutes les personnes qu'ils pensent être en état de payer les honoraires médicaux habituels. Ils demandent en outre que dans tous les comptes rendus et budgets publiés les sociétés mutuelles témoignent pleinement de la reconnaissance qu'elles doivent à leurs médecins pour les sommes qu'ils auront sacrifiées en acceptant des tarifs réduits.

Il convient de dire que par un consentement mutuel et une coutume générale un tarif minimum existe en France : les honoraires sont de deux francs sans médicaments. En Angleterre, si l'on considère que les gages et les salaires sont plus élevés, que l'argent généralement parlant a moins de valeur, nous devons insister sur deux shillings comme honoraire minimum sans médicaments. Ce qui se rapproche le plus du minimum convenable en Angeterre est le tarif de deux shillings et demi avec médicaments. Il n'y a pas de raison pour qu'en Angleterre, aussi bien qu'en France, les médecins ne rendent pas évident que tout travail fait dans ces conditions est de la charité. La différence entre la somme *actuellement* reçue et ce qu'elle devrait être d'après le tarif minimum doit être inscrite au crédit du médecin comme un don aux fonds de la Société pour laquelle il a travaillé. S'il en était ainsi, les membres des sociétés de secours seraient effrayés en voyant l'énorme volume de leurs dettes envers le corps médical. Les syndicats médicaux français doivent être félicités pour avoir traité la question d'une manière aussi instructive.

Quoi qu'il en soit, la position des médecins français paraît être beaucoup plus favorable que celle de leurs confrères anglais. Les sociétés amicales ne peuvent pas établir de dispensaires comme en Angleterre et les hommes d'affaires ne peuvent spéculer en organisant des services médicaux. Les préjudices causés en Angleterre à la dignité et aux intérêts du corps médical par les compagnies d'assurances sur la vie et la maladie sont complètement inconnus en France. Enfin, il y a en France reconnaissance en fait par l'Etat d'un tarif minimum depuis que les autorités paient aux médecins qui soignent les assistés la moitié des honoraires habituels : il est avantageux d'avoir l'appui solide de l'Etat pour ce tarif minimum. Ce tarif peut servir de base aux revendication des syndicats médicaux, qui, quoique nés d'hier, sont néanmoins plus nombreux que les quelques unions médicales qui ont été formées en Angleterre. Enfin et surtout, la profession médicale en France n'est pas aussi encombrée que *dans notre propre* pays. L. G.

REPORTAGE MÉDICAL

Les études médicales à Vienne. — Les Universités, les associations médicales et le gouvernement viennent de se mettre d'accord en Autriche pour exiger que désormais les études médicales aient une durée obligatoire de sept années. Le médecin qui veut être complet et toujours à la hauteur de sa tâche quotidienne, ne peut guère en effet y parvenir en moins de sept ans. Cette mesure pourrait bien d'ailleurs diminuer de façon heureuse le nombre des étudiants, par la perspective de dépenses qu'elle ouvre aux familles.

— *Hygiène publique à l'américaine.* — D'après le *Médico-surgical Bulletin*, la législature du Connecticut a voté une loi interdisant à tout homme et à toute femme, épileptique, imbécile ou faible d'esprit, de se marier ou de vivre ensemble comme mari et femme, quand la femme est âgée de moins de quarante-cinq ans.

La pénalité est un emprisonnemect de trois ans au moins. Toute personne qui aidera à cette union sera passible d'une amende de 1,000 dollars ou d'un emprisonnement d'un an.

— *La consommation des boissons.* — La direction des contributions indirectes vient de publier une série de tableaux indiquant les droits perçus sur les boissons (vins, cidre, bières, alcools), l'an dernier. On en peut déduire la consommation moyenne par habitant dans les principales villes.

On constate que les consommations moyennes présentent de ville à ville de sensibles variations.

Pour les vins, les cidres et les bières, ces inégalités sont la conséquence naturelle du genre de production spécial à chaque contrée. L'une ou l'autre de ces boissons entre usuellement dans la consommation sur les points où elle est produite, tandis que les autres n'y arrivent qu'à titre d'exception ou d'objet de luxe.

Quant à l'alcool, la consommation en est aussi très inégale suivant le genre de vie des populations, la nature de leurs occupations et le climat sous lequel elles vivent. Toutefois, il paraît difficile de ne pas rattacher la faiblesse de la moyenne apparente de la consommation dans certaines villes du Midi aux manœuvres des fraudeurs, qui trouvent une double facilité dans la production des bouilleurs de cru et dans les difficultés qu'éprouve l'administration des contributions indirectes, par suite de l'exiguïté de ses crédits, à organiser un contrôle suffisamment efficace chez les distillateurs de profession, non soumis à la permanence.

Les villes de plus de 30.000 habitants où l'on boit le plus de vin sont :

Saint-Etienne, 2 hect. 59 par tête et par an ; Boulogne-sur-Seine, 2 hect. 57 ; Nice, 2 hect. 54 ; Levallois-Perret, 2 hect. 42 ; Clichy, 2 hect. 41 ; Grenoble, 2 hect. 39 ; Clermont-Ferrand, 2 hect. 30 ; Bordeaux, 2 hect. 26 ; Toulouse, 2 hect. 22 ; Versailles, 2 hect. 10 ; Saint-Denis, 2 hect. 09 ; Troyes et Montpellier, 2 hect. 08 ; Paris et Tours, 2 hect. 05 ; Marseille, 2 hect.

Les villes où on consomme le plus de bière sont : Roubaix, 2 hect. 93, par an et par tête ; Lille, 2 hect. 92 ; Dunkerque, 2 hect. 48 ; Saint-Quentin, 2 hect. 35 ; Tourcoing, 2 hect. 01. A Paris, 11 litres.

Celles où l'on consomme le plus de cidre sont : Rennes, 4 hect. 77 par an et par tête ; Cherbourg, 3 hect. 41 ; Caen, 2 hect. 85 ; le Mans, 2 hect. 76 ; Rouen, 1 hect. 78. A Paris, 6 litres.

Enfin les villes où la consommation de l'alcool l'emporte sont : Cherbourg, 17 litres 93 par an et par tête ; le Havre et Rouen, 15 l. 42 ; Caen 12 l. 89 ; Boulogne-sur-Mer, 12 l. 38 ; Amiens, 11 l. 74 , Brest 11 l. 11 ; Lorient, 11 l. 03 ; Le Mans, 9 l. 94 ; Versailles, 9 l. 46 ; Saint-Quentin, 9 l. 30 ; Calais, 9 l. 15 ; Cette, 8 l. 98 ; Toulon, 8 l. 89 ; Dunkerque, 8 l. 51 ; Levallois-Perret, 8 l. 39 : Rennes, 8 l. 30 ; Tourcoing 8 l. 27 ; Marseille, 7 l. 90 ; Reims 7 l. 44 ; Paris, 7 l. 37 ; Clichy, 7 l. 25 ; Roubaix, 7 l. 17 ; Lille, 7 l. 05.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4.112. — M. le docteur Sipp, de Port-sur-Saône (Haute-Saône), présenté par M. le docteur Schurrer, de Vesoul.

N° 4.113. — M. le docteur Boulle, du Buis (Drôme), présenté par MM. les docteurs Laurens, sénateur de la Drôme, et Vaissettes, de Nyons (Drôme).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Lamare, de Honfleur (Calvados), et Deausse, de Pont-Saint-Martin (Loire-Inférieure), membres du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 40 3 octobre 1896

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Société Civile du Concours Médical

Séance du Conseil de direction du 23 *septembre* 1896.

Présents : MM. Cezilly, président, Maurat, Gassot.

Excusé : M. le Dr Gibert.

M. le Dr Jeanne est prié d'assister à la séance.

Lecture est donnée du procès-verbal de la dernière séance, qui est adopté.

Le Conseil constate que ses diverses décisions ont reçu leur solution naturelle.

Le Conseil procède à l'examen des comptes et constate que la somme perçue pour les abonnements, qui doit être affectée au capital indisponible de la Société, s'élève à 718 f. 98 et décide l'achat de valeurs qui seront désignées par le Conseil financier.

Le Conseil fixe l'*Assemblée générale annuelle des membres du Concours et celle de l'Association amicale* au dimanche 15 novembre. Il se réunira en séance préparatoire le jeudi 22 octobre, pour la lecture des rapports qui seront publiés au journal, conformément aux statuts.

Parmi les questions qui figureront à l'ordre du jour de cette Assemblée générale, le Conseil inscrit :

1° Création d'une Caisse de pension de droit des veuves et orphelins du Corps médical.

2° Etude sur la possibilité de création par les médecins eux-mêmes, des établissements médicaux qui manquent à la France (sanatoria, etc.).

3° Consultations payantes dans les hôpitaux et admission des malades payants dans ces mêmes hôpitaux.

Le Conseil invite les membres de la Société civile à lui envoyer, dans le plus bref délai, leurs propositions pour qu'il puisse procéder à leur examen et les faire figurer, s'il y a lieu, à l'ordre du jour.

Le directeur soumet au Conseil une lettre d'un Maire d'une grande ville de France, désirant créer une pharmacie municipale. Le Conseil décide de lui écrire, qu'il ne saurait approuver la création de semblables institutions.

Un médecin demande l'insertion, dans le journal, d'un avis mettant à la disposition de ses confrères une méthode thérapeutique qui lui est propre. Le Conseil décide de lui écrire que les colonnes du journal lui sont ouvertes pour l'exposition publique de sa méthode.

A une demande de secours, adressée par la femme d'un médecin malade, il sera répondu, comme antérieurement, que la Société n'a pas de fonds spéciaux pour cet objet.

Lecture est donnée de l'exposé des motifs, qui doit précéder au journal l'insertion du travail de M. L. Marie sur le projet de Caisses des veuves et orphelins du Corps médical français. (Adopté.) (La publication de ce travail aura lieu d'ici au 22 octobre.)

Au sujet du service des remplacements et pour parer à certaines réclamations, qui se sont produites, le Conseil décide qu'à l'avenir, les remplaçants seront tenus de signer un engagement leur interdisant, d'une façon absolue, de s'installer dans le rayon de clientèle du remplacé, sans l'assentiment formel et par écrit de ce dernier.

Le Conseil décide, en outre, qu'au sujet de ce service, le droit de 5 % antérieurement stipulé à la charge du remplacé, sera supprimé. Les intéressés pourront naturellement remplacer ce droit fixe par un don à la Société civile, qui sera annoncé au journal, comme les dons qu'elle devrait recevoir, à l'occasion de la cession des clientèles, dont le service est absolument gratuit.

Le droit de 5 % est maintenu pour les remplaçants, à qui la Société rend un service plus direct.

Association Amicale des médecins français.

Séance du Conseil d'Administration du 23 *septembre* 1896.

La séance est ouverte à 4 heures, sous la présidence de M. Cézilly, président.

Etaient présents : MM. Cézilly, Jeanne, Maurat Gassot et Archambaud.

Le trésorier donne connaissance de la situation suivante créée à quelques sociétaires par le retard apporté dans le versement de leurs cotisations.

Sont suspendus : MM. les sociétaires nos 57, 168, 214, 238 et 331, pour cause de retard dans leurs paiements.

Sont rayés définitivement, conformément aux statuts, pour cause de non paiement, les sociétaires nos 126 et 130.

Les indemnités suivantes seront versées :

		fr.
Au sociétaire	nº 99 pour 4 jours de maladie	40
—	nº 115 pour 12 jours de maladie	120
—	nº 119 pour 3 mois de maladie Continue à être malade.	300
—	nº 150 pour 1 mois de maladie Continue à être malade.	100
—	nº 208 pour 7 jours de maladie	70
—	nº 96 pour 39 jours de maladie	390
—	nº 213 pour 11 jours de maladie	110
—	nº 264 pour 32 jours de maladie	320
—	nº 48 pour 7 jours de maladie	70
—	nº 17 pour 60 jours de maladie Continue à être malade.	600
—	nº 187 pour 3 mois de maladie Déduction faite d'une amende de 54 fr. pour retard dans sa déclaration de maladie.	646

Plusieurs confrères sont encore malades et toucheront ultérieurement leur indemnité.

Sont ensuite admis.

Combinaison A.

MM. Bouchain, de Saint-Ismier ; Bonet, de Neuville-sur-Saône ; Ronnaux, de Cambrai ; Thoyer-Rozat, de Paris ; Reymond, de Lyon ; Lallemant, de Norges-le-Bas ; Dubois, de Sommery ; Hillcock, de Lerm-et-Musset.

Combinaison B.

MM. Calignon, de Saint Fons ; Traby, de Salces ; Renard, de Pithiviers ; Bouisson, de Toulon ; Blache, de Privas ; Rossigneux, de Lyon ; Gaston, de Vairé.

M. Grippon, nº 317, passe de la combinaison A à la combinaison B, après approbation du Conseil.

Le Conseil fixe au 15 novembre *l'Assemblée générale de l'Association amicale.*

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement de la tuberculose osseuse et de l'ostéomyélite chronique par le brôme à l'état naissant.

Le docteur *Boisseau du Rocher*, de Paris, préconise le traitement suivant, contre les lésions osseuses dues à la tuberculose et à l'ostéomyélite chronique : Au moyen d'une électrode de platine, on décompose une solution de bromure de sodium, préalablement injectée, soit au sein des tissus malades, lorsqu'il s'agit de tuberculoses non suppurées, soit dans les foyers purulents préalablement ouverts, soit enfin dans les cavités osseuses débarrassées de leurs séquestres.

D'après la description que donne de ce procédé *la Semaine Médicale*, il faut faire l'injection au moyen d'un trocart en platine, auquel est adaptée une seringue. Ce trocart, qui sert d'électrode, communique avec le pôle positif d'une batterie galvanique, tandis qu'une large plaque mouillée, placée dans le voisinage, figure le pôle négatif. Sous l'influence du courant, dont l'intensité est de 25 à 30 milliampères, la solution de bromure de sodium est décomposée : il se forme de l'ozone, de l'acide bromhydrique et du brome en partie à l'état gazeux, substances qui exercent sur les tissus malades une action désinfectante d'autant plus énergique qu'elles se trouvent à l'état naissant ou *atomique*.

Le titre de la solution de bromure de sodium injectée varie suivant les cas. Pour les tuberculoses non suppurées, on emploie une solution à 5 %, dont la dose moyenne est de dix gouttes. Dans les cavités suppurantes, on injecte une solution à 10 %.

Pour obtenir la guérison des tuberculoses osseuses non suppurées, il suffirait d'une ou deux séances d'électrolyse, de trois minutes de durée chacune. La seconde séance ne doit être faite qu'au bout de trois semaines, l'action favorable de la première ne se faisant généralement sentir qu'à partir du quinzième jour. Dans les cas de lésions osseuses suppurantes, les séances doivent être renouvelées deux fois par semaine.

Sous l'influence du traitement, qui vient d'être décrit, notre confrère a vu guérir divers cas d'ostéoarthrite tuberculeuse et d'ostéomyélite prolongée, dont plusieurs ont été observés dans le service de M. le docteur S. Duplay, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

C'est ainsi, par exemple, qu'il a obtenu un beau succès chez un homme de trente-deux ans, atteint d'ostéoarthrite tuberculeuse tibio-tarsienne et tarsienne. Dans ce cas, le pied malade était fortement tuméfié, par suite de l'existence de masses fongueuses qu'on pouvait sentir facilement, surtout à sa face interne et à sa face externe. Dix gouttes d'une solution bromurée à 5 % furent injectées de chaque côté et soumises pendant trois minutes à l'électrolyse. Au bout de quinze jours, la tuméfaction du pied commença à diminuer. Un mois environ après, une seconde piqûre électrolytique fut faite, d'abord au côté externe du pied, puis, quatre jours plus tard, au côté interne. A partir de ce moment, le volume du pied diminua encore plus rapidement et en vingt jours la guérison était complète.

Parmi les cas d'ostéomyélite que M. Boisseau du Rocher a traités, avec succès, par l'électrolyse du bromure de sodium, un des plus graves avait trait à un homme de trente-quatre ans, qui présentait une cavité suppurante très étendue du fémur. Cette lésion avait résisté à 11 séances de curettage, lequel provoquait chaque fois une hémorrhagie considérable : elle guérit définitivement après 25 séances d'électrolyse de la solution bromurée à 10 %.

Enfin, notre confrère a obtenu aussi la guérison d'une polyadénite bacillaire suppurée des deux aisselles, après 5 séances d'électrolyse d'une solution bromurée à 10 % injectée dans les trajets fistuleux.

L'électrolyse du bromure de sodium, au sein des tissus, ne provoque aucune réaction locale ni générale, et n'exige ni l'immobilisation, ni la compression de la partie lésée, même lorsqu'on a affaire à des ostéoarthrites tuberculeuses : le simple repos au lit suffit.

La paralysie du plexus brachial provoquée par les manœuvres de l'accouchement.

M. le Dr *Guillemot* signale, dans son intéressante thèse de doctorat, un certain nombre de cas de paralysie du plexus brachial, survenue pendant l'accouchement, par tiraillement des racines de ce plexus.

Que l'on tire sur la tête sortie, ou que l'on tire sur les épaules ou les bras, tête restante, la lésion est la même, le danger le même : l'arrachement des radicelles des nerfs formant le plexus.

Dans la présentation du sommet, avec application du forceps, les paralysies sont dues à la compression directe des racines cervicales inférieures.

On évitera tous les accidents en employant exclusivement les manœuvres de Mauriceau et Champetier de Ribes avec expression utérine, le forceps tête dernière.

En aucun cas, tant que le fœtus est vivant, on n'est autorisé à tirer sur la tête sortie, ni sur les épaules ou les bras, tête dernière. Le cou est la *res sacra* de l'accoucheur.

Le pronostic de la paralysie a une gravité en raison directe de la force des tractions exercées par l'accoucheur.

Le chlorhydrate de phénocolle.

On donne le nom de phénocolle à l'amido-acéto-paraphénithédine ou paramido-acetylphénétol.

Le phénocolle est soluble dans 18 parties d'eau. Il se dissout également dans l'acide sulfurique en donnant une coloration jaune. Avec le nitrate de soude, il donne une coloration rouge brun ; il donne un précipité jaune amorphe avec le bichlorure de mercure et le nitrite de soude.

Le phénocolle forme avec les acides plusieurs sels cristallisés.

Le Chlorhydrate de Phénocolle se présente sous forme d'une poudre blanche sèche, cristalline, soluble dans 16 parties d'eau à la température de 17°. Dissous dans l'eau chaude, ce sel cristallise par refroidissement, en cubes semblables à ceux de l'antipyrine.

Si l'on met, dans une solution de chlorhydrate, des alcalis caustiques, on obtient la base, le phénocolle, sous forme d'aiguilles blanches enchevêtrées fondant à 95°.

Le chlorhydrate de Phénocolle est insoluble dans l'alcool et dans l'éther et le chloroforme, et soluble dans la glycérine à 60° dans la proportion de 1 pour 2. Il a une odeur légèrement aromatique et une saveur très amère et salée, facile à dissimuler dans un sirop quelconque ou simplement dans l'eau sucrée. La solution de chlorhydrate de phénocolle est de réaction neutre ; avec le temps, cependant, les solutions préparées d'avance prennent quelquefois une réaction alcaline. Aussi le plus souvent est-il préférable de l'employer en poudre.

D'après le Dr *Maurice Renon*, dans sa thèse, le chlorhydrate de phénocolle est, comme tous les médicaments de la même série, à la fois un antithermique et un antinévralgique.

Comme antithermique, il a été surtout prescrit dans la fièvre hectique de la tuberculose et, à ce point de vue, il soutient avec avantage la comparaison avec les autres médicaments employés en pareil cas et en particulier avec l'antipyrine.

Dans la malaria il a été utilisé avec succès par les médecins italiens.

Comme antinévralgique, il possède des propriétés très efficaces ; à ce point de vue également, comme médicament nervin, il a rendu des services dans le traitement de diverses névroses, en particulier dans la chorée.

Les doses employées varient en général de 0,50 centigrammes à 2 gr. Le docteur Hertel est allé jusqu'à 3 gr. chez ses tuberculeux et 5 gr. dans les cas de rhumatisme articulaire aigu.

Le docteur Paul Conheim l'emploie en solutions aqueuses qu'il formule ainsi :

Chlorhydrate de Phénocolle.....	5 gr.
Eau distillée.....................	150 gr.

à prendre par cuillerées à soupe, ce qui fait 0,50 centigr. par prise.

H. Kacharzewski a employé le chlorhydrate de phénocolle en injections hypodermiques ainsi formulées et à doses de 0,50 centigr. pro die.

Chlorhydrate de phénocolle....	0 gr. 50
Glycérine neutre..............	1 gr.

Le phénocolle se dissout dans la glycérine à une chaleur de 60°, dans la proportion de 1 pour 2. Mais cette solution se prend en masse très rapidement, ce qui rend le procédé incommode. Il faut faire la solution immédiatement avant de s'en servir.

Beck, qui tient ce médicament pour un antiseptique supérieur au dermatol, à l'aristol, à l'iodol, à la pyoctanine, à la phénacétine, l'emploie indifféremment en poudre et en solutions aqueuses ainsi formulées :

Chlorhydrate de Phénocolle.....	5 gr.
Eau distillée....................	100 gr.

Soit environ 0,80 centigr. par cuillerée à soupe ; quelquefois aussi il prescrit des solutions alcooliques à 20 %.

M. le Dr *Œttinger* n'emploie le chlorhydrate de phénocolle qu'aux doses de 0,50 centigrammes et de 1 gramme en poudre ou en solution.

Les accidents observés à la suite de l'administration du chlorhydrate de phénocolle, sont rares ; parfois on note quelques sueurs, surtout si le médicament est administré au moment de la poussée fébrile et non pas un certain temps avant l'ascension du thermomètre.

Les exanthèmes, les bourdonnements d'oreille, les symptômes d'intolérance gastrique sont très exceptionnels ; en tout cas, M. Renon ne les a pas observés.

Ils semblent plus rares qu'après l'administration d'autres médicaments tels qu'antipyrine, acétanilide, etc.

Son indifférence vis-à-vis de l'utérus lui donne un sérieux avantage dans les cas de fièvre chez les femmes enceintes.

REVUE DES CONGRES

(*Suite*, voir le n° 38.)

IV

Congrès de gynécologie et d'obstétrique.

Ce Congrès, tenu à Genève du 1er au 5 septembre, sous la présidence d'*A. Reverdin*, et

inauguré par le Président de la Confédération Suisse, a été particulièrement brillant. M. le Dr *Bouilly* était le rapporteur de la première question : Les suppurations pelviennes et leur traitement. Voici le résumé de son rapport :

Les abcès pelviens considérés au point de vue de l'intervention chirurgicale peuvent être classés de la façon suivante :

a) Abcès du tissu cellulaire, paramétrite, phlegmon péri-utérin ;

b) Abcès des trompes ou des ovaires, pyosalpingites et ovarites suppurées ;

c) Abcès péritonéaux primitifs, pelvipéritonites, hématocèles suppurées ;

d) Suppurations complexes dans lesquelles ces divers organes peuvent prendre simultanément part à la constitution des collections purulentes, ou compliquées de fistules s'ouvrant à la peau, soit dans les organes creux du voisinage ou dans plusieurs points à la fois.

Ces divers types répondent à la généralité des cas.

La ponction ne peut plus être considérée aujourd'hui que comme un moyen de diagnostic.

Les trois grandes méthodes de traitement des suppurations pelviennes sont :

1. L'incision simple suivie de drainage pratiquée par la paroi abdominale ou par la paroi vaginale ;

2. L'ouverture ou l'ablation des poches par la laparotomie ;

3. L'ouverture ou l'ablation des poches suppurées par le vagin, grâce à l'hystérectomie vaginale préalable avec ou sans morcellement de l'utérus ;

4. On peut considérer comme dérivées de ces trois grandes méthodes : *a*) l'ablation par la voie vaginale de petites collections unilatérales, avec conservation de l'utérus et des annexes du côté opposé ; *b*) l'ablation simultanée des annexes et de l'utérus par la voie abdominale.

Dans l'immense majorité des cas, non justiciables de l'incision simple, l'hystérectomie vaginale représente la méthode par excellence de traitement des suppurations pelviennes et la laparotomie ne vit plus que de ses contre-indications.

Pour M. *Kelly*, de Baltimore, il faut distinguer dans le traitement opératoire des suppurations pelviennes quatre méthodes d'intervention :

a) Ponction par le vagin.

b) Traitement opératoire conservateur.

c) Salpingo-oophorectomie simple ; combinée occasionnellement avec l'amputation d'une corne de l'utérus.

d) Hystéro-salpingo-oophorectomie.

En ce qui concerne le dernier procédé opératoire, M. Kelly lui reconnaît les indications suivantes :

1. Pyosalpinx double simple, inaccessible par ponction vaginale.

2. Pyosalpinx double adhérent, accompagné de métrite et endométrite purulentes.

3. Abcès pelviens accompagnés d'appendicite.

4. Abcès pelviens compliqués d'adhérences, comprimant l'intestin grêle.

5. Abcès pelviens avec trajet fistuleux aboutissant à la courbure sigmoïde ou à l'intestin grêle.

6. Abcès pelviens accompagnés de myomes.

Enfin, M. *Sanger*, de Leipzig, fait remarquer qu'en fait de choix de procédés opératoires applicables, chacun devrait cesser de prôner le sien comme le seul applicable ou le meilleur. Il s'agit bien plutôt, de déterminer, pour chaque cas individuel, lequel des procédés en question offre le plus d'avantages.

Que chacun, tout en reconnaissant la valeur d'autres procédés opératoires, tâche de perfectionner le sien, alors le progrès collectif ne fera pas défaut.

Le temps n'est plus où une seule méthode oserait accaparer la vérité pour elle seule.

M. *Delagenière*, du Mans, ajoute :

Il est des cas de suppurations pelviennes pour lesquels les interventions classiques, la colpotomie, l'hystérectomie vaginale, la laparotomie suivie de l'ablation des poches, sont notoirement insuffisantes.

Les unes peuvent laisser intactes des poches suppurées, si celles-ci sont haut situées ou très nombreuses : d'où échec thérapeutique. L'autre expose à laisser en place un utérus malade.

Pour les cas où ces méthodes de traitement paraissent devoir échouer, j'ai recours à la castration abdominale totale.

Je considère donc cette opération comme une opération d'exception, une méthode complémentaire des trois autres.

Je la pratique parfois de *propos délibéré*, par exemple lorsque l'utérus est atteint de métrite intense avec périmétrite, et qu'il existe des poches suppurées et très élevées, qui ne me paraissent pas en rapport avec l'organe lorsque l'utérus contient des fibromes qui en augmentent le volume, en un mot, quand, à l'indication formelle de supprimer la matrice, se joint une contre-indication de la méthode vaginale.

La plupart du temps la castration abdominale totale n'est que le complément de la laparotomie. Je choisis la voie abdominale toutes les fois qu'il y a quelqu'incertitude dans le diagnostic ; quand l'utilité de l'ablation de l'utérus est douteuse, enfin quand l'opération faite par le vagin présente quelque difficulté particulière. Lorsque le ventre est ouvert dans les conditions sus-énoncées, on peut se trouver en présence d'un utérus qui doit être enlevé, si, par exemple, après la décortication des poches, il est saignant, dépouillé de son péritoine, s'il est en rétroversion adhérente, si les ligaments larges sont infiltrés, si enfin l'utérus lui-même est le siège d'un néoplasme.

Restreinte à ces proportions, la castration abdominale totale est une opération rarement indiquée ; mais elle nous paraît remplir une lacune importante dans le traitement des suppurations pelviennes, non seulement au point de vue anatomo-pathologique, mais aussi et surtout au point de vue des résultats définitifs.

Quant à la question des résultats définitifs, la castration abdominale totale donne des résultats incomparables, tels que je n'en ai jamais observé avec les autres méthodes ; la guérison est rapide et radicale.

Après une discussion de priorité et de paternité de l'hystérectomie vaginale entre MM. *Péan*, *Segond*, *Doyen*, M. Segond insiste sur la nécessité qu'il y a de varier le procédé opératoire de l'hystérectomie vaginale suivant les cas différents. Il n'y a pas un procédé unique d'hystérectomie

vaginale toujours le même, il y en a plusieurs et l'on ne saurait dire toujours d'avance si l'on procédera de telle ou telle façon.

Il faut commencer toute hystérectomie par la libération du col et l'hémostase de la base des ligaments larges, qu'on enlève le col ou non. C'est le meilleur moyen de ne pas blesser l'uretère qui se trouve ainsi, dès le début de l'opération, rejeté sur le côté.

M. *Dederlein*, de Munich. Le terme de suppurations pelviennes est un mot à abandonner, parce qu'il confond des maladies très différentes, ce qui, au point de vue du traitement, peut causer de graves erreurs. Je choisirai donc comme type de traitement celui des trompes et des foyers suppurés d'origine blennorragique.

S'il existe du pus dans les trompes et dans les ovaires, c'est l'extirpation complète. Dans beaucoup de cas il est possible de s'en tenir à l'extirpation des trompes et, au besoin, des ovaires en conservant l'utérus.

Pour les lésions annexielles dont le pus a disparu, la colpo-cœliotomie antérieure et postérieure peut devenir le procédé de choix.

Si l'enlèvement des annexes a amené la contamination de la cavité abdominale, j'emploie le drainage à la gaze iodoformée par la voie vaginale.

M. *Léopold*, de Dresde, regrette que l'on n'ait point parlé d'une opération qui présente toute la valeur de la laparotomie en tant que méthode d'investigation avec tous les avantages de la voie vaginale, quant à la facilité du drainage et de l'évacuation inoffensive du pus. Il veut parler de la colpo-cœliotomie, à laquelle Martin, de Berlin, Mackenrodt, ont dû de si beaux sujets et qui permet de se rendre compte de l'état des lésions, d'enlever ce qui est facilement énucléable et toujours de s'arrêter à temps, si le diagnostic a été mauvais. En tout cas, si les lésions sont trop graves pour permettre l'extirpation par cette voie, le chemin est tout tracé pour compléter l'intervention par l'hystérectomie.

M. *Henrotay*, d'Anvers. La blennorragie est le facteur étiologique principal des affections suppurées des annexes. Le plus grand nombre des affections annexielles dites puerpérales ne sont en réalité que des infections blennorragiques envahissant les trompes et le péritoine pelvien après l'accouchement et la fausse couche.

Le traitement médical des annexites doit être essayé chaque fois que la chose est possible. L'intervention vaginale est la méthode de choix. La castration totale est indiquée par la nature blennorragique de l'affection.

M. *Hartmann*, de Paris, a eu l'occasion de constater qu'un certain nombre de malades guérissent par le simple traitement médical.

Cela se voit en particulier chez des blennorrhagiques, même après des accidents pelvi-péritonitiques, qui, bruyants au début, pouvaient faire craindre des lésions graves pour l'avenir. Je n'irai pas jusqu'à dire que le fait se produit dans tous les cas, ni que, dans les guérisons apparentes, il y a *restitutio ad integrum* de l'organe. Mais comme la femme ne souffre plus, il n'y a pas plus lieu d'intervenir sur l'ovaire qu'il n'y a lieu d'intervenir chez l'homme sur un noyau secondaire à une épididymite blennorrhagique. De ces considérations découle une première indication thérapeutique : sauf le cas de foyer manifestement suppuré, il faut, avant toute intervention opératoire, attendre les effets du repos au lit combiné à l'antisepsie vaginale.

Un deuxième point, plus discuté, est celui de la question des interventions intra-utérines, en particulier de la dilatation et du curettage, comme traitement des inflammations périmétritiques. Si nous nous en rapportons à ce que nous avons constaté, nous arrivons à cette conclusion qu'il y a lieu de commencer par la dilatation et la désinfection de l'utérus lorsqu'on se trouve en présence de tumeurs mal limitées, probablement dues en grande partie à des exsudats péritonitiques. Cette pratique, essentiellement conservatrice, ne présente aucun danger, si l'on agit antiseptiquement et sans tiraillements brutaux sur la matrice. Elle ne risque que d'être inutile et donne dans un certain nombre de cas de réels succès.

Lorsque, au contraire, il s'agit de grosses lésions localisées ou de tumeurs annexielles petites, mais bien circonscrites, jamais entre nos mains le traitement intra-utérin n'a amené la moindre amélioration dans l'état des malades.

M. *Doléris*, de Paris, répète que ce qui paraît manquer le plus à l'établissement de préceptes raisonnables et mesurés, pour le *traitement*, c'est la notion clinique de l'évolution des inflammations pelviennes, de la salpingo-ovarite en particulier, puisqu'elle est la plus fréquente :

a) Soit qu'elles tendent naturellement vers la guérison à travers une série de recrudescences qui s'atténuent progressivement ;

b) Soit que, pour des causes diverses, les crises aiguës se perpétuent au delà du terme habituel de quelques mois et se compliquent d'accidents divers préjudiciables à la santé générale ;

c) Soit qu'enfin la lésion se fixe avec un caractère de permanence qui constitue la véritable chronicité ; auquel cas, il s'ajoute souvent une étiologie qui réside en dehors du processus primitif lui-même et qu'il faut rechercher dans la constitution morbide antérieure des malades (tuberculose, syphilis, arthritisme, névropathie, alcoolisme, etc.).

En résumé, le choix de la méthode d'intervention, ne pouvant se déduire d'un diagnostic certain, qui est souvent impossible, ni d'un pronostic encore mal éclairci et d'ailleurs souvent faussé par un appareil symptomatique exagéré, ainsi que l'a si bien décrit M. Bouilly, ni même des statistiques opératoires qui visent davantage la valeur comparative d'un procédé par rapport à un autre, jugée par le pourcentage de la mortalité, il faut en arriver forcément à ce principe de la graduation des opérations non pas *a priori*, suivant l'aspect vrai ou faux des cas tels qu'ils se présentent, mais par la méthode quelque peu empirique des essais successifs, en procédant du simple au composé.

Pour le traitement des rétrodéviations utérines, M. *Kustner*, de Breslau, est d'avis que le meilleur procédé opératoire à employer contre la rétroversion ou la rétroflexion réductible d'emblée est l'opération d'Alexander, exécutée d'après les premiers préceptes de Werth-Kocher, parce que cette opération garantit dans tous les cas une position de l'utérus qui se rapproche le plus de la normale.

Les indications pour le traitement chirurgical des rétroversions et des rétroflexions utérines réductibles sont essentiellement données par la longueur de l'affection, l'inutilité du traitement par les pessaires, l'aversion des malades pour ce genre de traitement, etc.

Etant donné que le prolapsus utérin n'est ordinairement qu'une conséquence de la rétroversion ou de la rétroflexion de l'utérus, le premier soin de l'opérateur, dans le traitement des prolapsus, doit être d'assurer le redressement de la matrice. Il en résulte que le meilleur traitement du prolapsus utérin consiste dans la ventro-fixation de l'utérus, à laquelle il faut adjoindre dans la même séance les différentes opérations plastiques qui ont pour but d'obtenir un rétrécissement du vagin.

M. *Pozzi*, de Paris, donne un excellent résumé des lignes de conduite à suivre dans tous les cas de rétrodéviation utérine :

La rétrodéviation de l'utérus, simple ou avec flexion, peut être *mobile*, due alors au relâchement des ligaments, sans adhérences consécutives à une péri-métro-salpingite antérieure, ou, au contraire — et c'est le cas de beaucoup le plus fréquent —, la rétrodéviation est *fixe*, par suite d'adhérences postérieures développées surtout autour des annexes, après une périmétrite ou une péri-oophoro-salpingite.

On ne doit établir aucune assimilation entre ces deux formes de rétrodéviations, confondues sous un même nom à une époque où l'analyse des signes fournis par le toucher était encore rudimentaire et où l'on ignorait presque complètement les lésions tubo-ovariennes. On confondait donc ordinairement les rétrodéviations avec les tumeurs inflammatoires tubo-ovariennes prolabées dans le cul-de-sac de Douglas.

En ce qui concerne les rétrodéviations mobiles, on devrait substituer aux noms de rétroversion et de rétroflexion celui de *mobilité excessive* de l'utérus. C'est qu'en effet l'orientation en arrière est simplement ici l'attitude la plus naturelle de la matrice, qui a perdu sa fixité, et, par suite, sa courbure normale en avant ; mais cette orientation vicieuse ne cause elle-même que des accidents très accessoires de compression. Les phénomènes principaux d'ordre nerveux et réflexe sont indépendants de la direction de la déviation et sont dus à la mobilité. Ils persistent, quand on ramène momentanément l'utérus en avant, sans assurer sa fixité. Ils paraissent dus à une rupture d'équilibre dans la statique abdominale, à une véritable entéroptose pelvienne.

Le traitement rationnel de la rétrodéviation mobile ou, pour mieux dire, de la mobilité excessive de l'utérus, est complexe et doit se proposer de répondre à diverses indications. Il faut d'abord guérir la métrite, très fréquente en pareil cas, par les moyens appropriés (curettage, amputation du col, etc.). Souvent il faut restaurer le périnée, déchiré ou relâché), par une opération plastique largement pratiquée. Enfin, on fera porter à la malade un pessaire qui fixe le col en distendant le cul-de-sac postérieur du vagin, et une ceinture hypogastrique qui régularise la pression intra-abdominale.

Le traitement de la rétrodéviation fixe de l'utérus se réduit à celui des lésions qui l'ont amenée, et qui la maintiennent.

Elle est toujours due à des adhérences plus ou moins fortes, siégeant soit au niveau de l'utérus, soit au niveau des annexes. Il en est qui peuvent être rompues par des manœuvres de massage combinées ou non avec le cathétérisme ; mais cette pratique offre toujours des dangers. Elle est du reste irrationnelle.

La rétrodéviation n'est ici, en réalité, qu'un épiphénomène. L'élément morbide principal n'est pas la déviation, ni même les adhérences, mais bien l'état maladif de l'utérus, de la trompe et de l'ovaire ; la question chirurgicale doit donc se transporter sur ce terrain nouveau et le traitement est surtout basé sur le degré des lésions des annexes ou de l'utérus.

Beaucoup de rétrodéviations fixes sont indolentes et constituent des « lésions de guérison » acquises et tolérées ; puis, des symptômes morbides surviennent, si ces utérus déplacés et adhérents sont de nouveau atteints de métrite. La guérison opératoire de l'utérus par des moyens appropriés suffit alors pour faire disparaître les accidents, si les annexes sont peu ou point atteintes.

Dans d'autres cas, l'examen clinique permet de reconnaître que les lésions sont prédominantes du côté des annexes, et que s'il existe de la métrite concomitante, elle est deutéropathique. La laparotomie est alors indiquée. Trouve-t-on des lésions légères des annexes, une ovarite scléro-kystique sans oblitération des trompes, servant de point de départ aux adhérences ? On devra faire une opération conservatrice et se borner, après avoir détruit celles-ci, à pratiquer l'ignipuncture ou la résection partielle de l'ovaire, selon les cas. L'utérus se redresse de lui-même après la destruction des adhérences. Pour plus de sûreté, j'ai pendant longtemps complété l'opération par l'hystéropexie abdominale. Je ne le fais plus maintenant, par crainte des accidents ultérieurs de dystocie.

L'hystéropexie abdominale, la vagino et la vésico-fixation ne semblent également donner qu'une stabilité temporaire. Du reste, beaucoup de ces opérations doivent être rejetées parce qu'elles créent un danger pour un accouchement ultérieur.

S'agit-il de lésions plus ou moins profondes de l'ovaire et des trompes, avec oblitération de ces dernières ? On fera la castration, car la fécondité est définitivement abolie. L'utérus se redresse par suite du raccourcissement des ligaments que produit la ligature des pédicules.

Ces opérations sur les annexes amènent la guérison de tous les symptômes morbides faussement attribués à la rétrodéviation de l'utérus.

Enfin, il est des cas où le meilleur traitement d'une rétrodéviation est l'hystérectomie vaginale : ce sont ceux dans lesquels il s'agit de lésions anciennes et bilatérales des annexes, compliquées de métrite chronique avec hypertrophie de l'utérus. L'extirpation des annexes par l'abdomen, après la destruction des adhérences, laisserait, en effet, l'utérus, lourd et volumineux, se renverser de nouveau dans le cul-de-sac de Douglas. On pourrait, il est vrai, pratiquer en même temps que la castration une hystéropexie abdominale complémentaire, et, plus tard, amener la guérison et l'involution de l'utérus par le curettage et l'amputation du col,

enfin, restaurer le périnée si cela était nécessaire et placer un pessaire, mais cette pratique serait beaucoup plus compliquée, plus longue, et sensiblement aussi grave que l'hystérectomie vaginale.

Nous serons brefs sur les autres communications qui sont souvent très longues en détails techniques et spéciaux.

M. *Granville Bantock*, de Londres, lit sur le meilleur mode de fermeture de l'abdomen après laparotomie, un rapport dans lequel il montre que, pour assurer la réunion immédiate d'une plaie, il est nécessaire dejuxtaposer exactement les surfaces cruentées, d'éviter toute pénétration de corps étrangers entre les lèvres de la perte de substance, de ne pas trop serrer les sutures, et enfin, chose qui actuellement est admise par la majorité des chirurgiens, de se passer de pansements dits antiseptiques qui ne favorisent en rien le processus de cicatrisation.

Au sujet des opérations sur l'abdomen, l'expérience démontre qu'il vaut mieux inciser sur la ligne blanche, et faire une incision aussi petite que possible. Il faut, chez les sujets jeunes et sains, faire une simple suture entrecoupée, embrassant toute la paroi abdominale à la surface cutanée, les points de suture seront appliqués à une distance d'environ un centimètre des bords de la plaie, mais au niveau du péritoine, ils ne comprendront qu'un liseré étroit de la séreuse.

Si le patient est maigre et ses parois abdominales minces, il faut faire une suture à deux ou trois étages. M. Granville Bantock ferme d'abord la cavité péritonéale au moyen d'une suture en surjet au catgut, puis le reste de la plaie est réuni par des points de suture comprenant la peau, l'aponévrose et le muscle. Très rarement il établit un plan de suture spécial pour l'aponévrose et le muscle.

Si les parois abdominales contiennent une quantité insolite de graisse, M. Granville Bantock suture d'abord le péritoine, puis il réunit au moyen d'une seconde ligne de sutures tous les tissus situés entre le péritoine et la peau. Il se sert uniquement de crins de Florence pour toutes les sutures cutanées et musculo-aponévrotiques, même pour les sutures perdues.

M. *La Torre*, de Rome, affirme que le meilleur mode de suture doit toujours être celui à plusieurs étages et la préférence doit être donnée à la suture en surjet sur celle à points séparés en suturant séparément le péritoine, les feuillets profonds de la gaine des muscles droits, les muscles, les feuillets superficiels de la gaine musculaire et enfin la peau avec le tissu sous-cutané.

M. Doléris, de Paris, a pratiqué une dizaine de fois la section abdominale en plein muscle droit, tout à côté de la ligne blanche et a réuni la plaie par des sutures perdues en étages. Il s'agissait toujours de laparotomies ne nécessitant qu'une courte incision sous-ombilicale. Le résultat a été très satisfaisant.

Voici comment M. *Byford*, de Chicago, opère : Un certain nombre de sutures sont placées, comprenant le tissu musculaire, les aponévroses et le péritoine, mais, avant de tirer ces fils, dit-il, j'en place quelques autres à travers toute l'épaisseur de la paroi abdominale, à 1 centimètre de distance. Les sutures perdues ont été conservées pendant des années chez les opérées, sans donner naissance à aucun trouble. Il faut éviter soigneusement l'infection, car elle peut empêcher la réunion par première intention. Les quelques hernies que j'ai observées ne se sont produites qu'après de longues années et toujours dans un cas où j'avais pratiqué le drainage.

M. *Rapin* (de Genève) a vanté les avantages d'une incision, « *incision esthétique* », qui a pour but de laisser sur le ventre des femmes opérées le moins de traces possible d'une opération.

Il fait une incision transversale, concave en haut, de 6 à 10 centimètres, jusqu'à l'aponévrose. Il dissèque l'aponévrose sur la ligne blanche et fixe le lambeau cutané supérieur avec une suture provisoire un peu au-dessous de l'ombilic. Puis, il fait sur la ligne médiane une incision verticale de 4 à 8 centimètres à travers l'aponévrose, les muscles droits et le péritoine. La fermeture de la plaie est faite à trois places de façon à remettre en état les tissus. Il importe d'affronter exactement la peau, si l'on veut avoir une cicatrice peu visible. Les fils doivent être enlevés de bonne heure, avant même, pour éviter qu'ils laissent des traces longtemps visibles sur la peau.

La question de la fréquence des rétrécissements du bassin selon les contrées, a donné lieu à de curieuses communications : *M. Kufferath*, de Bruxelles, présente une statistique de 1,81 % pour la Belgique, et signale la rareté des bassins obliques : presque tous les bassins rétrécis son des bassins aplatis. *M. Fochier*, de Lyon, a trouvé 21,66 % de bassins rétrécis pour la région lyonnaise, mais la plupart ne sont pas des bassins rachitiques. *M. Faucourt-Barnes*, de Londres, donne des chiffres qui prouvent combien ont été rares, à la Maternité de Londres, les rétrécissements du bassin : sur 38.065 femmes enceintes, 150 bassins aplatis, 45 bassins régulièrement rétrécis, en dix années.

M. *Lusk*, de New-York, dit que les déformations pelviennes sont extrêmement rares dans la région de New-York. M. *Rein*, de Kiew, apporte des chiffres, qui montrent qu'en Russie, on trouve 2205 cas de bassins rétrécis sur 54.000 femmes enceintes.

La forme prédominante est le bassin aplati non rachitique ; après c'est le bassin généralement et régulièrement rétréci. Il a constaté 862 bassins aplatis non rachitiques et 818 bassins généralement et régulièrement rétrécis sur 54,000 femmes enceintes, ce qui fait 1,5 % pour chacune des formes citées du rétrécissement.

Parmi les 2078 bassins retrécis, on trouve 417 bassins rachitiques. En général, un bassin rétréci sur cinq à peu près présente les symptômes du rachitisme (19 %) et parmi les bassins aplatis un sur trois.

L'ostéomalacie est partout très rare, sauf en Sicile, dit M. *Pestalozza*, de Florence. Le rachitisme est fréquent dans le Nord de l'Italie. Sur 7962 femmes enceintes, 1444 avaient un bassin rétréci.

Parmi ces 1444 basins rétrécis, on a pu préciser, dans 770, la forme du rétrécissement et, dans la pluralité des cas, aussi la cause, dans les autres, les renseignements ont été incomplets.

Dans ces 770 bassins rétrécis, on peut recou-

naître l'influence du rachitisme dans 339 cas ; 145 sont des bassins aplatis non rachitiques, 236 des bassins généralement et régulièrement rétrécis ; 50 enfin reconnaissent des causes diverses (cyphose, cyphoscoliose, luxation uni ou bilatérale, paralysie atrophique des membres inférieurs).

D'après M. *Treub*, de Leyden, sur 22.955 accouchements, il s'est trouvé 816 bassins rétrécis, soit 3.5 % de bassins rétrécis.

Parmi ces bassins il y avait :

657 = 2,8 % cas de bassins aplatis avec un conjugué vrai de moins de 9,5 centim.

159 = 0,7 % cas de bassins généralement et régulièrement rétrécis avec un conjugué vrai demoins de 10 centim.

Aucun cas de bassins ostéomalaciques.

Ces chiffres sont nécessairement trop élevés. Les observations ne provenant que de cliniques obstétricales, il s'y trouve un nombre relativement élevé de cas de bassins viciés, parce que ces cas sont dirigés vers la clinique pendant un accouchement laborieux ou bien y arrivent pour les accouchements ultérieurs quand le précédent à été difficile. Il est impossible d'évaluer la diminution des chiffres qu'il comporterait de faire, pour arriver à un résultat plus exact.

M. *Audebert* (de Bordeaux). Du mois de juin 1895 à septembre 1896, sur 773 femmes, 52 étaient atteintes de rétrécissement du bassin. Sur ce nombre il y eut 39 accouchements spontanés, 9 forceps et 4 versions combinées avec la symphyséotomie.

Il semble à cet auteur que dans les bassins de 8 à 9 centimètres et demi on devra attendre le terme de la grossesse. Dans 75 pour 100 des cas l'accouchement est spontané. La symphyséotomie dans les autres cas offre une ressource précieuse qui permettra sans risque pour la mère de sauver l'enfant.

Le traitement de l'éclampsie est toujours à l'ordre du jour. D'après M. *Charpentier*, de Paris, le traitement médical se réduit à deux indications capitales : empêcher la production des toxines et favoriser leur élimination ; le régime lacté absolu est notoirement le meilleur remède prophylactique et curatif. Comme complément de ce régime, on emploie les inhalations d'oxygène et l'antisepsie intestinale. A recommander aussi comme médicaments, la *pilocarpine* et le *veratrum viride*. Quant au traitement obstétrical, M. Charpentier condamne la pratique des accouchements forcés, telle qu'on la préconise en Allemagne.

Voici d'ailleurs le résumé de l'opinion actuelle du prof. *Tarnier :*

Toute femme enceinte albuminurique étant exposée à être prise d'éclampsie et le régime lacté donnant des résultats merveilleux contre l'albuminurie gravidique, on doit examiner avec le plus grand soin les urines des femmes enceintes, et, si l'on y constate la présence de l'albumine, quelque minime qu'en soit le taux, il faut instituer d'emblée le régime lacté absolu.

Dans les cas où il existe des œdèmes sans albuminurie, il y a encore avantage à prescrire le régime lacté. Toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une éclamptique, il faut, dès le début, si la malade est forte, vigoureuse et très cyanosée, pratiquer une saignée de 300 à 500 grammes, puis administrer le chloral et faire prendre le lait par la voie stomacale et, au besoin, par la sonde œsophagienne.

Contre les accès convulsifs, on aura recours aux inhalations de chloroforme et l'on favorisera la diurèse au moyen d'injections de sérum artificiel.

On attend que le travail se déclare spontanément et on laisse l'accouchement se terminer tout seul : on n'intervient que si c'est nécessaire, c'est-à-dire lorsque les contractions deviennent insuffisantes ou trop faibles ; on termine alors l'accouchement par le forceps ou la version si l'enfant est vivant, par la basiotripsie si l'enfant est mort. M. Tarnier rejette absolument la section césarienne et l'accouchement forcé, et ne réserve l'accouchement provoqué que pour quelques cas exceptionnels.

M. *Buscarlet*, de Genève, fait remarquer, qu'à côté de l'éclampsie, il peut y avoir simplement de l'hystérie chez les femmes enceintes, et que les crises hystériques se distinguent de l'éclampsie par l'absence de vomissements, de troubles de la vue, de convulsions de la face et de phase comateuse, de plus par leur répétition toutes les nuits et à la même heure.

M. *Pecker* (de Mantes) considère l'entéroptose comme capable de produire l'antéflexion utérine et le prolapsus d'un ou deux ovaires dans le cul-de-sac de Douglas : cela s'expliquerait par le fait d'un défaut de nutrition des viscères abdominaux, un système musculaire lisse très faible. Les viscères devenus lâches se prolaberaient et la masse intestinale viendrait appuyer sur le fond de l'utérus en exagérant et provoquant sa flexion, en même temps que la rotation de sa face antérieure se produirait.

M. *Laroyenne*, de Lyon, attire l'attention sur un accident qui est susceptible de se produire par le fait d'une grossesse suivant de trop près une ablation de kyste de l'ovaire.

Cet accident est une hémorrhagie artérielle interne, qui est mortelle.

M. *A. Boursier*, de Bordeaux, à la suite de nombreuses observations cliniques, dit que dans le prolapsus utérin, il y a des incontinences vraies et fausses, avec ou sans douleurs, mais toujours l'incontinence se manifeste dans la station debout, s'exagère dans les efforts ou à la suite de la fatigue et disparaît d'ordinaire dans la position couchée. Elle se manifeste donc surtout pendant que le prolapsus produit son maximum d'effet mécanique et n'est nullement en rapport exact avec l'intensité des lésions. Cet accident paraît toujours être de cause uréthrale et se trouve dans le cas où l'urètre a subi des tiraillements et des lésions qui ont été susceptibles de détruire plus ou moins complètement sa tonicité.

L'opinion actuelle est trop absolue et dans les cas de polapsus au début, accompagnés d'incontinence d'urine, les opérations de correction urétrale sont indiquées toutes les fois que les lésions urétrales sont manifestes et accentuées.

M. *Schmeltz*, de Nice, fait la cure radicale du prolapsus utérin par l'hystérectomie vaginale combinée avec la colpo-périnéorraphie. Il est

nécessaire de faire la ligature pour permettre de faire, après l'hystérectomie, la eolporraphie et la colpo-périnéorraphie.

M. *Blondel*, de Paris, conseille, dans les rétro-déviations mobiles, de rechercher toujours les déplacements du coceyx, douloureux ou non. S'il n'est pas douloureux, le port d'un bon pessaire remédiera à la fois au déplacement du coccyx et de l'utérus. Si la douleur est le phénomène dominant et que l'ablation des annexes ne soit pas formellement indiquée d'autre part, la coccygectomie, avec réinsertion du releveur de l'anus sur le sacrum, trouvera son indication.

Congrès international d'assistance et de protection de l'enfance.

Ce congrès, dont nous empruntons quelques détails au compte rendu de la *France Médicale*, a été inauguré le lundi 14 septembre à Genève, cent cinquante personnes y étaient réunies, parmi lesquelles les représentants officiels de huit gouvernements étrangers : Etats-Unis, France, Hongrie, Portugal, Suède, Espagne, Luxembourg République Argentine. La délégation française est la plus nombreuse, malgré trois absenees regrettées, celles de MM. Monod directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques, Sabran, président de la Commission des hospices de Lyon, docteur Thulié, président de la Société internationale pour l'étude des questions d'assistance. Indisposés ou empêchés, ees messieurs se sont excusés. Le sénateur Théophile Roussel, l'initiateur de tant d'œuvres et de lois bienfaisantes, est le président de notre délégation, dans laquelle se trouve M. Peyron, direeteur de l'Assistance publique de Paris, plusieurs eonseillers municipaux et généraux de Paris et de la Seine, les docteurs Drouineau et Napias, inspecteurs généraux des services d'assistance, le docteur Lédé, membre du Conseil supérieur de la protection de l'enfance, M. de Poligny, délégué de l'office du travail, Mme Kergomard, inspectrice générale des écoles maternelles, déléguée du ministère de l'Instruction publique, etc.

C'est la question de l'assistance aux accouchées qui, par une interversion dans l'ordre du jour, est venue devant l'assemblée plénière du 14 septembre. M. Brylinski, négociant à Paris, a imaginé pour cette catégorie intéressante de femmes indigentes, une soeiété de secours mutuels visant spécialement les besoins de la période qui suit la naissance de l'enfant. Le premier de ces besoins est le repos, un repos d'au moins quatre semaines. Les médecins le déclarent, les gouvernements ont déjà été invités à assurer ce repos par une subvention prise sur le budget. En attendant qu'ils s'y décident, s'ils le font jamais, M. Brylinski et plusieurs de ses amis, chefs de quelques-unes des industries de l'aiguille ont essayé de ehercher dans la mutualité les ressources nécessaires à cette œuvre utile entre toutes. Et leur initiative a réussi. Fondée en 1891, la Mutualité maternelle de Paris s'est eonsidérablement développée. Beaucoup de jeunes femmes en se mariant ont résolu de prélever sur leurs ressources de quoi pourvoir aux néeessités de la maternité et on pu dispenser ainsi leur délicatesse de recourir à l'assistance publique ou privée. Le repos a été procuré aux jeunes mères au moyen d'une indemnité de 18 francs par semaine, répétée quatre fois. La mortalité parmi les nouveau-nés des mères mutualistes en a diminué de 30 % et la santé des mères elles-mêmes s'en est merveilleusement trouvée. Ainsi l'initiative privée a pu faire seule ce que les Etats n'osent pas entreprendre.

Le congrès a adopté les vœux suivants :

Que la femme enceinte nécessiteuse bénéficie en tous pays de l'assistance médicale gratuite ;

Que l'interdiction du travail précède l'accouchement pendant une période à déterminer et que les femmes accouchées ne soient admises au travail que quatre semaines au moins après l'accouchement.

Que le principe d'une indemnité de repos et de convalescence pour les femmes accouchées soit inscrit dans la loi ;

Que les pouvoirs publics favorisent par tous les moyens possibles la formation de mutualités maternelles et de sociétés de patronage et d'assistance des mères et des enfants en bas-âge.

Dr Paul Huguenin.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Assurance sur la vie et sur la mort.

Londres, 29 août.

Une industrie existe, dans toute l'Angleterre, dont nous ne nous rappelons pas avoir rencontré l'équivalent sur le continent : nous voulons parler de l'assurance « post mortem », de la faculté donnée aux pauvres gens d'éviter la fosse commune et l'inhumation aux frais de l'assistance publique. Voici comment fonctionne ce curieux système, dont on trouve des agences chez presque tous les entrepreneurs de pompes funèbres.

Vous savez par expérience, ou par ouï dire, quel coup terrible la maladie et la mort portent aux finances d'une famille moyenne, et vous voulez profiter de l'assurance. A cet effet, vous vous rendez chez un entrepreneur de pompes funèbres ou au siège d'une compagnie spéciale, et vous vous faites inscrire, vous, votre femme et vos enfants. La somme à verser varie selon vos exigences. Supposons que vous entendiez recevoir 500 francs à la mort de madame et 200 francs pour enterrer chacun de vos enfants. Il vous en eoûtera à peu près un frane par semaine en tout. De plus, il est entendu qu'au eas où vous viendriez à déeéder le premier, votre femme touchera 500 francs et héritera de la police d'assurance pour elle-même et pour ses enfants.

Peu de familles pauvres, en Angleterre, se dérobent à ce genre de contrat. S'il est ici une chose réputée honteuse, plus honteuse peut-être que la prostitution et la prison, c'est de laisser enterrer un des siens aux frais de la paroisse. J'ai vu des malheureux mendier le samedi pour réaliser de quoi payer leur assurance « post mortem » après une semaine de chômage. C'est que les assureurs sont très sévères, quant à l'exactitude des payements hebdomadaires, et qu'un retard d'un jour réduit la police à néant, toutes les sommes versées restant acquises à l'entreprise.

Cette spéculation n'est pas le monopole des petits établissements. Une des plus grosses maisons de Londres, celle de l' « Universal Pro-

vider», pratique ainsi l'enterrement à la petite semaine, ce qu'elle a fait connaître au public par des annonces ainsi libellées :

« A quoi bon vivre ? A quoi bon demeurer dans cette vallée de larmes, quand on peut être si confortablement enterré pour 1 shilling 6 deniers ? »

Que cette industrie ait donné lieu à quelques abus de la plus terrible sorte, il est malheureusement impossible d'en douter, la justice ayant eu, maintes fois, à sévir contre des parents qui laissaient mourir de pauvres bébés faute de soins, afin de toucher la prime d'enterrement, qu'ils employaient ensuite à leur gré, quittes à recourir ensuite à la générosité de la paroisse. Alphonse Karr a écrit quelque part qu'une jolie femme blonde regardait rarement une élégante toilette de deuil sans songer aussitôt à une vieille cousine ou à quelque tante fort âgée, dont le décès lui permettrait de porter avant peu cette robe qui lui irait si bien. C'est sans doute une calomnie, mais il est certain qu'à Londres des épouses sans scrupules ont criminellement spéculé sur l'assurance « post mortem » de leur mari.

Il va sans dire que la nouvelle entreprise traite volontiers sur d'autres bases et que nous venons seulement d'indiquer le taux de son opération minima. Vous pourriez à votre gré verser chaque semaine, ou chaque année une plus forte somme, et la société s'engagerait à plus de dépenses. Ici nous devons regretter de n'avoir pu réunir des renseignements satisfaisants, les termes du prospectus restant un peu vagues. On peut se demander, par exemple, ce qu'une annuité plus élevée entraînerait d'avantages sous le rapport des soins médicaux. Sans doute, pour cent francs par an au lieu de 26, on exigera, naturellement, un enterrement plus luxueux qui flattera l'amour-propre de la famille, on voudra et l'on obtiendra par traité plus de panaches, de tentures, de voitures ; on aura peut-être même une oraison funèbre ; mais, aux jours de maladie, l'abonné à cinquante centimes sera-t-il guéri plus lentement ou moins radicalement que l'abonné à 2 fr. 25 ? Au cas d'une maladie de poitrine, par exemple, payera-t-on au premier quelques bouteilles d'huile de foie de morue et à l'autre une saison à Nice ? Le prospectus ne le dit pas. Ce sont là, je suppose, questions à débattre au moment où se fixeront les termes de la police. Le certain, c'est que, pour 2 fr. par semaine, la compagnie assure à ses clients la jouissance d'une concession à perpétuité, et que pour 3 fr. on peut compter sur un caveau de famille.

Ces combinaisons offrent assurément de sérieux avantages pratiques, mais l'acceptation de ces avantages est encore affaire de tempérament et de race. Il est douteux que de telles entreprises soient appelées à fonctionner avec succès dans certains pays du continent où elles auraient à compter avec un sentimentalisme qui répugne à de pareils calculs. On ne se représente pas bien un ouvrier de chez nous ou un paysan, allant traiter de l'inhumation de son nouveau-né immédiatement après qu'il vient de le déclarer à l'état civil. On l'imagine moins encore disant à sa femme, chaque samedi :

— N'oublie pas que c'est aujourd'hui qu'on vient toucher les cinquante centimes pour l'enterrement du petit.

Ici, cela paraît tout naturel et l'on n'en saurait conclure pourtant que les Anglais aiment moins que nous leurs enfants. La seule idée qui pourrait s'implanter chez nous et qui se trouve réalisée déjà en partie, dans nombre d'associations, c'est l'assurance contre les honoraires du médecin et la note du pharmacien. *Il y a là quelque chose à étudier.*

C'est sans doute cette situation qui a donné à des spéculateurs américains l'idée indiscutablement supérieure d'assurer à la fois la vie et la mort, de prendre à forfait la santé et l'enterrement, d'exercer par conséquent un contrôle permanent sur l'état sanitaire de sa clientèle, tout en lui accordant de nouveaux avantages. Nous exposerons en quelques lignes cette industrie, inédite pour la vieille Europe, qui fonctionnera à Londres à partir du mois prochain et qui passe pour avoir donné aux Etats-Unis des résultats surprenants.

La société anglo-américaine, dont on nous communique le prospectus, traite au prix minimum de cinquante centimes par semaine, soit 26 francs par an. A la condition de payer cette petite somme régulièrement, vous recevez, la vie durant, tous les soins médicaux et tous les remèdes pharmaceutiques dont vous pouvez avoir besoin. Au moindre bobo qui lui est signalé par dépêche, la société vous délègue un de ses médecins qui vous examine, vous soigne et vous fait envoyer, immédiatement après, les médicaments qu'il aura prescrits. C'est, à peu de chose près, le régime de la Chine, où l'on paye son médecin au mois ou à l'année tant qu'on se porte bien, mais où on ne lui verse plus un centime, dès que l'on tombe malade et pendant toute la durée de la maladie. Avec le système anglo-américain on paye pour se bien porter et non pour être malade.

Le jour où le contrat pour la santé se change fatalement en un contrat pour l'enterrement, c'est-à-dire à partir du moment où la médecine des hommes est satisfaite, la compagnie prend à sa charge tous les frais d'inhumation. Elle diffère des anciennes compagnies anglaises en ceci : qu'elle ne verse pas un centime entre les mains des parents ou des héritiers du mort, ce qui suprime les odieuses convoitises dont l'assurance « post mortem » a été, si souvent jusqu'ici, l'inspiratrice. A ses frais, elle pourvoit à tout : cercueil, convoi, cérémonie religieuse, location d'un terrain au cimetière pour cinq ans, etc., etc. Le tout à raison de cinquante centimes par semaine. C'est donné !

(Le Temps.)

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical des Deux-Sèvres.

Le 21 septembre 1896, le Syndicat s'est rendu en villégiature à Parthenay, où a eu lieu l'assemblée générale d'automne.

La réunion a été accompagnée d'un superbe banquet offert à l'hôtel Tranchant, au docteur Pillet, de Niort, qui, pendant trois années, a présidé le Syndicat, dont il avait été le principal organisateur, et qui, ne pouvant plus être réélu,

selon le règlement, avait été nommé président d'honneur l'année dernière. Le banquet organisé par le Dr Marion, de Parthenay, réunissait 19 médecins venus de toutes les régions du département. Le menu, dû à la spirituelle plume de notre confrère Parthenaisien, rappelait la lutte engagée avec les pouvoirs publics départementaux au sujet de l'assistance médicale gratuite.

Menu

Huîtres du Quartier-Latin
Carpes de la Faculté, à la Chambord
Noisette d'amygdales Parthenaises en caisse
Perdreaux de l'Indépendance, à la Richelieu
Pâtés de Conseillers généraux à la purée de gibier
Faisans, truffés à l'Institut Pasteur
Génération spontanée à la Bordelaise
Salade franco-russe
Bombe syndicale
Petits Fours Préfectoraux
Fruits de l'Assistance Gratuite
Bordeaux, Bourgogne
La Mothe Saint-Héraye
Champagne sauté du Dr Pillet
Café, Liqueurs
Prunes « de la Mère Moreau »

Au champagne, le Dr Boudart de Sauzé-Vaunais, porte le toast suivant au Dr Pillet :

Mes chers confrères,

Je vous invite à lever votre verre, avec moi, en l'honneur du premier Président de notre Syndicat, le Dr Pillet.

En organisant cette réunion, l'assemblée générale des médecins syndiqués des Deux-Sèvres a voulu, mon cher confrère, vous témoigner toute sa sympathique gratitude.

Vous avez en effet, par vos efforts persévérants, secoué la torpeur trop commune parmi nous, et constitué pour la défense des intérêts professionnels un centre de résistance qui commence à faire ses preuves.

Pour arriver à ce résultat quelque peu difficile, vous y avez mis du meilleur de vous-même, ces qualités du cœur et de l'esprit, cette aimable aménité qui vous distinguent. C'est pourquoi, tout confus que je me puisse trouver d'être l'interprète du Corps médical de notre Département, je n'en suis pas moins heureux de vous adresser tous nos remerciements. D'ailleurs, vous nous permettrez bien de ne pas considérer votre tâche comme achevée et nous proposons de faire de nouveaux appels à votre dévouement aux œuvres de solidarité confraternelle.

Au confrère Pillet !

Après le toast du Dr Boudard, le Dr Lenoble lit le sonnet suivant:

Sonnet au Dr Pillet, Président honoraire du Syndicat médical des Deux-Sèvres :

Toast porté le 21 septembre 1896.

Longtemps le Président Pillet fut à la peine,
Or, c'est juste aujourd'hui qu'il se trouve à l'honneur;
La Muse le lui dit sans fard et de tout cœur,
Tel qu'il sied pour parler à vaillant capitaine.

Justice et Charité ! Droit du Pauvre, ici bas,
De choisir le docteur, qu'à son lit il préfère ;
Qui vous fit triompher d'une trop longue guerre
Si ce n'est le héros de notre gai repas !

Des couronnes de fleurs devraient orner nos verres,
A l'heure de chercher, en des élans sincères,
Leur choc avec le tien cher consul retiré.

Ainsi chez les anciens, on sortait dans les fêtes....
Mais ce vin est si beau, qu'à la hauteur des têtes,
Il suffit à te faire un bandeau tout doré.

Après de nouveaux applaudissements qui ont accueillis ces toasts de ses deux confrères, le Dr Pillet, très ému, après les avoir chaleureusement remerciés, prononce l'allocution suivante :

Mon cher Président, mes chers Confrères,

C'est avec un vif sentiment de reconnaissance, et aussi de plaisir, que je vous remercie du grand honneur, que vous me faites aujourd'hui.

Cette preuve d'estime, que nous avions déjà pris l'habitude d'accorder à de vieux confrères, tels que Fontan, Gauné, Bormain, Reverdit, et le Dr Tonnet, vous me l'avez accordée à moi plus jeune qu'eux, et cette exception en double pour moi le prix.

Elle est aussi la preuve de la plus grande solidarité qui existe, actuellement, entre les membres du corps médical, et montre que ce besoin de se sentir les coudes, et de se soutenir, nécessaire dans notre profession, comme dans les autres, pour cette grande lutte économique, devenant chaque jour plus âpre et plus difficile, a enfin trouvé un appui et une solution dans l'existence de notre syndicat, enfin sorti de la période d'éclosion et de tâtonnement, inhérente à toute entreprise nouvelle.

Bien nouvelle était, en effet, pour nous, il y a 3 ans, cette idée d'alliance et de combat, en rangs serrés, car, c'est à peine si nous pouvions rappeler, à titre d'essai presque puéril, la tentative faite 13 ans auparavant, alors que, sans soutien légal, sans but précis, sans espoir de réussite, nous avions formé ce syndicat médical, qui compta à peine quelques mois d'existence, et s'écroula devant l'inanité certaine des efforts qu'il pouvait entreprendre.

Cet essai malheureux avait laissé de si regrettables impressions chez beaucoup de nous, que, lorsque, après la promulgation de la nouvelle loi médicale, je pris l'initiative de renouveler l'expérience, je dois avouer que je ne reçus que peu d'encouragements, surtout de la part des anciens syndiqués. Les événements vinrent promptement démentir les appréhensions, et, le groupement important qui se fit, dès le premier appel, fit naître en moi de grandes espérances, qui ne furent suivies d'aucune déception.

Un exemple m'avait inspiré et donné confiance ; c'était celui d'un confrère, que nous pouvons appeler le véritable créateur des syndicaux français : le Dr Cézilly, qui, depuis 20 ans, luttait avec énergie, encourageant les uns, relevant la faiblesse des autres, dispersant et culbutant toutes les difficultés dans son si remarquable journal « le *Concours médical* », auquel nous devons tous ce que nous sommes aujourd'hui. (*Applaudissements.*)

Si jamais la foi en une cause qui semblait mauvaise et perdue d'avance, soutint un homme, ce fut bien dans cette question des syndicats, où, en butte à l'indifférence, au soupçon, à la calomnie même, Cézilly ne cessa pas un instant de tenir haut et ferme le drapeau de l'alliance médicale, dont il est toujours resté le plus courageux champion, malgré les désillusions qu'il a entrevues, et l'ingratitude dont il a été l'objet. (*Applaudissements,*)

C'est à lui surtout, mes chers confrères, que nous devons, je le répète, reporter tous nos remerciements et toute notre reconnaissance, à lui et à la phalange dévouée des premiers jours de lutte, qui se groupe encore fidèle autour de lui. (*Applaudissements prolongés.*)

Aujourd'hui, Messieurs, dans les Deux-Sèvres, nous avons fait acte de vitalité, mais nous pouvons encore mieux faire. Nos timides essais de force, limités au début, à quelques procès, dans lesquels le gain obtenu a été bien minime, ont cependant prouvé, que, poussés par nous, les tribunaux, peu habitués, jusqu'ici, à nous défendre, pourraient à la longue, nous fournir de sérieux appuis.

Presque aussitôt surgissait l'importante question de l'assistance médicale. Les premières tentatives d'entente n'ont pas été brillantes : il s'agissait

d'enfoncer une porte qui était loin d'être ouverte, et, de la part de nos adversaires, nous éprouvâmes une vigoureuse résistance.

De notre côté, l'attaque fut hardie, et, peut-être même trop franche. Nous n'avions pas assez la méfiance des procédés administratifs, à la marche lente, et parfois ambiguë, et, cette vive allure de notre part effraya même quelques-uns de nos syndiqués, qui, étonnés de l'impétuosité du choc, subirent de regrettables mais pardonnables oscillations. Mais la majorité tint bon, et le gros bataillon de Melle, emboîtant avec unanimité le pas de son commandant (*Applaudissements*), resta ferme, et donna fortement à réfléchir au Conseil général, qui, dans les pourparlers engagés avec nos représentants, fournit les preuves d'un certain désarroi. La bataille n'est pas gagnée, Messieurs, mais elle est bien engagée, et, il ne tient qu'à vous et aux dissidents, de moins en moins nombreux, que nous remportions la victoire.

Votre Président actuel. l'âme de la résistance, et qui vous a si sagement et si énergiquement dirigés jusqu'ici, pourra, je l'espère, inscrire cette victoire comme souvenir de sa présence à notre tête, lorsque le règlement nous obligera à lui désigner un successeur, et, si vous me donnez aujourd'hui ce témoignage si précieux d'estime pour avoir cherché à vous grouper et vous organiser,vous pourrez à cette époque, je l'espère, lui offrir un semblable témoignage pour avoir si bien conduit la lutte et affirmé la puissance de notre association. (*Applaudissements prolongés.*)

C'est à ce souhait que je m'arrête, mes chers confrères, en buvant à la prospérité et à la réussite toujours croissante du syndicat médical des Deux-Sèvres, à son Président, et à ses membres.

Je bois aussi à celui dont je vous parlais tout à l'heure, au vrai fondateur de tous nos syndicats, au Dr Cézilly, ancien Président de l'Union des syndicats, que je vous propose, à l'exemple de plusieurs de nos associations départementales, d'inscrire à notre tête, comme Président d'honneur, pour lui prouver notre profonde et méritée reconnaissance.

Cette motion est adoptée à l'unanimité au milieu d'applaudissements prolongés.

Le Dr Maison offre alors au Dr Pillet un superbe bouquet qu'il accompagne de mots gracieux et aimables, et les deux confrères s'embrassent aux applaudissements de toute l'assemblée.

M. le Président lève son verre en l'honneur de M. Mercier, avocat du syndicat, en exprimant tous les remerciements qui lui sont dus pour l'appui et le dévouement dont il a fait preuve vis-à-vis de notre Société, dans les procès qu'elle a eu à soutenir.

Enfin, après avoir bu à la santé du Dr Quinemant, le doyen de la réunion, la table entière se lève pour remercier et complimenter le Dr Maison de la façon dont il a organisé la fête et le charge d'adresser toutes les félicitations au chef qui a su si bien répondre aux exigences de la gourmandise bien connue du corps médical.

La séance de famille est alors levée, pour faire place à la séance officielle d'affaires.

REPORTAGE MÉDICAL

1° Vient de paraître au *Progrès Médical*, 14, rue des Carmes à Paris. — *Traitement des maladies des femmes par l'électricité*, par le Dr L.-R. Regnier, précédé d'une préface par le Dr Labadie-Lagrave. Un beau volume in-8 de IX-303 pages, avec 32 figures. — Prix : 6 fr.

2° *Manuel pratique des méthodes d'enseignement spéciales aux enfants anormaux, Sourds-Muets, Aveugles, Idiots, Bègues, etc.*, par les docteurs Hamon du Fougeray et Couetoux, avec une préface du Dr Bourneville. Un beau volume in-8 de XVI-304 pages, avec 27 figures et deux cartes. — Prix : 5 fr.

3° *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie*, Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour l'année 1895 ; par Bourneville. Avec la collaboration de MM. Boncourt, Comte, Dardel, Dubarry, Leriche, Lombard, J. Noir, Pilliet, Ruel, Sollier et Tissier, internes ou anciens internes du service. Tome XIV. Un beau volume in-8° de LXXI-254 pages, avec 31 figures et 8 planches hors texte. — Prix : 6 fr.

Jalousie et tuberculose. — M. le docteur Gilbert rapporte un fait qui montre jusqu'à quel point l'aberration humaine peut aller chez un moribond, et d'un autre côté pour la femme d'un phtisique, une des mille manières, la plus rare sans doute, de devenir turberculeuse.

Un confrère du Midi, jeune encore, atteint d'une tuberculose pulmonaire à évolution rapide, avait demandé plusieurs fois à sa femme de ne pas le laisser partir seul et de mourir avec lui. Un jour, c'était le dernier de sa vie, il se fit servir une coupe de champagne, en but une gorgée puis cracha dedans deux ou trois fois. Alors il l'offrit à sa femme et lui demanda comme preuve d'amour de boire cet affreux mélange. Elle hésita un instant, ferma ses yeux, prit la coupe et la vida d'un trait. Quelques instants plus tard, le moribond, tranquillisé, s'endormit pour toujours. La malheureuse victime, prise bientôt d'une fièvre intense ne tarda pas à s'aliter et à présenter du côté de l'abdomen des symptômes inquiétants, et bientôt tous les symptômes d'une phtisie en voie d'évolution. Est-elle morte victime de son héroïsme ? C'est fort probable, car M. Gilbert n'a plus eu de ses nouvelles. Elle est allée rejoindre celui qui lui avait arraché en mourant sa santé et sa vie.

(*Revue de la tuberculose.*)

— *Congrès de Moscou.* — D'après la législation Russe, le visa des consuls Russes à l'étranger n'est accordé qu'avec de grandes difficultés aux israélites, médecins ou autres, qui veulent entrer en Russie.

A l'occasion du congrès, les consuls sont autorisés à délivrer des passeports à tous les médecins, quelle que soit leur religion.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4.114. — M. le docteur Vermeil, de Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise), membre de l'Association des médecins de Seine-et-Oise.

N° 4.115. — M. le docteur Prieur, de Besançon (Doubs), présenté par M. le docteur Joubert, de Saint-Savinien (Charente-Inférieure).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Jean, de Limoux (Aude), Morand, de Péage-du-Roussillon (Isère), et Biéchy, de Sassenage (Isère), membres du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-Andr
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 41 10 octobre 1896

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La graphophobie médicale

Beaucoup de médecins ont horreur de l'écriture et de la paperasserie. Quelques-uns même poussent ce sentiment jusqu'à ne pas lire ce que leur écrivent les autres.

Nous comprenons fort bien que la prose administrative n'offre que des agréments très relatifs : nous comprenons surtout que l'établissement de mémoires, de relevés, d'états, etc., soit, pour le praticien, besogne dépourvue de charmes.

Encore convient-il cependant de ne pas tomber dans l'excès, comme cela se voit parfois.

Nous savons quelqu'un qui, depuis quinze ans, surveille attentivement les nourrissons de sa clientèle, mais n'envoie jamais un bulletin à la préfecture. Si on ne le paye pas, à qui la faute ?

Un autre confrère, seul dans sa commune, panse et soigne religieusement tout ouvrier blessé au travail. Mais, quand celui-ci lui remet le bulletin d'avis d'une compagnie d'assurances-accidents, il refuse d'en remplir les blancs et d'adresser une note d'honoraires à la société responsable. On ne l'a jamais remercié des soins donnés, mais comment pourrait-il en être autrement ?

Le nombre est plus grand qu'on ne le croit des médecins qui, agents d'un service, ignorent le règlementde celui-ci, acceptent ce qu'on leur donne, et ne réclament jamais à l'autorité compétente, parce qu'il faudrait écrire une lettre documentée et motiver sa prétention.

Ces choses-là se voient journellement.

Eh bien ! il faut reconnaître qu'elles sont regrettables.

C'est peut-être à ces négligences, qu'il faut attribuer la tendance des administrations à nous considérer comme taillables et corvéables à merci.

On croit ne faire tort qu'à soi-même et on nuit gravement à l'intérêt commun, parce qu'on ouvre la porte à tous les abus.

Un peu de logique ferait mieux l'affaire.

Ceux qui possèdent des biens au soleil ne négligent pas d'en réclamer les fermages, parce qu'il faut vivre après tout.

Pourquoi ne pas exiger de même la rémunération de nos services professionnels, en passant au besoin par les formalités d'une comptabilité publique, qu'il ne nous appartient pas de changer ?

N'oublions pas que certains d'entre nous n'ont d'autres ressources que leur diplôme. En faisant les grands seigneurs, nous les humilions fort injustement.

Ne négligeons donc pas de lire tout ce qui intéresse notre belle profession, même si cela nous arrive sous l'affranchissement à cinq.

Et si l'on nous demande une réponse, de bonne grâce exécutons-nous.

Les affaires sont les affaires, en médecine comme partout.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'indicanurie.

Dans sa thèse de doctorat, M. le Dr *Petitpas* a réuni les principaux documents qui ont trait à la présence de l'indican dans les urines.

On sait que l'indican est un produit de décomposition des albuminoïdes qui apparaît en plus ou moins grande quantité dans les urines, selon l'activité des fonctions antitoxiques du foie. Généralement secondaire à une altération intestinale, l'amoindrissement du rôle hépatique peut être primitif ; tantôt, par inhibition générale, cas des traumatismes violents, tantôt par paralysie vaso-motrice, comme il arrive après le sommeil chloroformique. L'indicanurie en sera le premier symptôme.

En clinique, l'épreuve de l'indicanurie alimentaire permettra de constater l'état de la glande hépatique au point de vue de sa puissance antitoxique.

Symptôme précoce, l'indicanurie devra, dans de nombreuses maladies, être recherchée avec soin, afin d'établir rapidement une médication de secours pour parer aux incidents de l'insuffisance hépatique (insuffisance antitoxique).

Les variations de l'indicanurie, sous l'influence du traitement, permettent de constater les bons effets, produits chez les malades, par une antisepsie intestinale méthodiquement appliquée.

En résumé, l'indicanurie est un symptôme précoce de l'altération hépatique ; comme tel, il mérite d'être pris en très sérieuse considération. La recherche en est facile.

La tuberculose primitive des reins.

Il est universellement admis aujourd'hui que le bacille de Koch peut envahir primitivement tous les organes sans exception. Le rein n'échappe pas à cette règle, dit M. le Dr *F. Laroche*, de *Jarnac*, dans sa thèse de doctorat soutenue à Bordeaux en 1896.

Le bacille se localise dans : le rein 1° qu'il y soit introduit directement par l'artère rénale ; 2° qu'il soit introduit dans la circulation générale, le rein étant irrité ou traumatisé.

Cliniquement la tuberculose primitive du rein n'est pas rare ; elle est démontrée par des observations chaque jour plus nombreuses.

La tuberculose primitive du rein révèle son existence dès le début par des symptômes spéciaux. Les plus importants de ces signes sont la douleur rénale et surtout l'hématurie.

Réalisée expérimentalement, l'hématurie existe très souvent comme symptôme précoce, qu'elle soit abondante ou légère. Analogue à l'hémoptysie, elle serait la règle, si elle était toujours recherchée avec soin.

Le diagnostic est souvent très délicat ; il faut attacher une grande importance à l'hématurie. Lorsqu'une hématurie rénale se produit chez un sujet bien portant et qu'on ne peut incriminer ni un calcul, ni un cancer, il y a toutes les chances pour qu'on se trouve en présence d'une tuberculose rénale.

La tuberculose primitive du rein est une affection surtout médicale, qui demande un traitement médical. L'intervention chirurgicale n'est pas légitime lorsqu'elle est pratiquée dans le seul but de supprimer le foyer tuberculeux, avec la prétention d'enrayer la maladie.

L'hématurie abondante menaçant la vie du malade, les douleurs violentes sont une indication de néphrectomie.

Les grosses lésions : abcès tuberculeux, hydronéphrose, phlegmon périnéphrétique, sont justiciables de l'intervention chirurgicale. La néphrectomie doit être préférée à la néphrotomie.

L'opothérapie surrénale chez les addisoniens.

C'est M. le Dr *Landouzy* qui a créé le mot « opothérapie » de ὀπός, jus, suc, humeur de tissu, tissu et θεραπεύειν, soigner. Ce terme s'applique à toutes « les médications qui mettent en œuvre, comme agents de matière médicale, les sucs empruntés aux tissus animaux ou humains, les tissus eux-mêmes... »

Un grand nombre de maladies paraissent dues à une altération ou à une absence totale du suc des glandes à sécrétion interne ; telles sont le myxœdème, l'obésité, la neurasthénie, et bien d'autres encore. La maladie bronzée d'Addison est de ce nombre et les recherches d'autopsie ont paru prouver que l'altération de la sécrétion interne des capsules surrénales était la véritable cause de cette grave

---

FEUILLETON

Histoire d'une tumeur utérine.

Je parle de longtemps, c'était avant la guerre. Le fait n'est pas nouveau ; mais il est authentique. Est-il intéressant.... ? Le lecteur le dira.

Par une chaude et belle après-midi de messidor, deux dames se présentaient dans mon cabinet de consultation. Elles ne portaient — et pour cause — ni manches à ballon, ni chapeaux à retroussis et à bords ondulés, abondamment ornés *foliis ac floribus*. Mais leur mise était correcte, leur tenue irréprochable.

Après les politesses d'usage :

Monsieur le Docteur, me dit la plus âgée, je vous amène ma fille pour la consulter : Elle n'est pas malade...

Je fis sans doute un signe d'étonnement.

— Non, monsieur, elle n'est pas malade, regardez-la, et vous verrez qu'elle est en bonne santé.

Je jetai sans déplaisir un coup d'œil sur la jeune fille. Ses yeux veloutés, son teint de lys et de rose inspiraient une toute autre idée que celle de la souffrance.

— Elle n'est pas malade, continua la mère, mais elle n'est pas non plus dans son état normal. Depuis quatre mois et demi, elle n'a pas vu son sang, et j'en suis préoccupée.

Elle est enceinte, pensai-je tout d'abord.

Mais prenant en considération l'air pudibond de la jouvencelle, l'apparence de *great respectability* de la mère, je revins immédiatement sur ma première impression. Au reste, l'aménorrhée peut reconnaître d'autres causes que la grossesse. Elle peut tenir à une irrégularité ordinaire des menstrues, à de la chlorose, à une menace de tuberculose.

La jeune fille avait toujours été parfaitement réglée

Elle avait un teint éclatant. On rencontre parfois dans la chlorose une belle apparence de santé : on connaît ce que l'on a désigné sous le nom de CHLOROSIS FORTIORUM ; mais on trouve alors des bruits de souffle au cœur et au cou, de l'anhélation, de la leucorrhée, etc.

La jeune personne ne présentait rien de semblable, pas même de maux de tête, ni d'estomac.

De plus, elle n'avait aucun antécédent héréditaire de tuberculose.

Il fallait donc penser à autre chose. Je revins à ma première idée de grossesse. Je lui posai des questions dans ce sens. La présence de la mère, gênant mon interrogatoire, je la priai de passer dans une pièce voisine.

Une fois seuls :

— Mademoiselle, lui dis-je, n'avez-vous pas eu des relations intimes avec quelqu'un ?

— Je ne sais ce que vous voulez me dire, me répondit-elle d'un ton glacial.

— Vous n'auriez pas eu d'*amant* ?

maladie. M. le Dr *Dupaigne*, de Paris, a consacré sa thèse à l'étude de l'opothérapie dans la maladie d'Addison et il déclare que l'on est en droit d'en attendre de sérieux résultats.

L'ingestion de glandes fraîches, de préférence celles de veau ou d'animaux très jeunes, doit être actuellement préférée à l'emploi des injections, au moins jusqu'à ce que l'on connaisse exactement la nature et les effets des extraits surrénaux.

Les doses doivent être progressives pour établir l'accoutumance, et diminuées aussitôt que se manifestent des symptômes d'intolérance. La moyenne, pour les doses définitives, est de 1 à 3 grammes par jour.

Le traitement devra être continué très longtemps, peut-être indéfiniment.

De la valeur de l'examen de la bouche dans le choix d'une nourrice.

M. Jarre, dans la *Sem. méd.*, s'appuyant sur l'étude d'un fait récent d'infection, non douteuse et devenue rapidement mortelle, d'un nourrisson par sa nourrice, atteinte d'abcès consécutifs à de l'arthrite alvéolo-dentaire aiguë, montre qu'il ne faut pas se contenter, dans le choix d'une nourrice, de déclarer l'absence de lésions spécifiques et d'ulcérations de la muqueuse. Il faut encore, non seulement examiner les dents au point de vue de la carie, mais aussi chercher avec soin quel est le degré d'envahissement des tissus de chaque dent par la lésion dont elle est frappée. Il faut rejeter une nourrice en imminence d'accidents infectieux de la bouche.

L'hypochlorurie et l'achlorurie urinaires.

On s'occupe presqu'exclusivement en chimie clinique de l'analyse des urines au point de vue de l'albumine, du sucre, de l'urée et des phosphates, parfois de la bile. Presque jamais, on ne songe à doser les chlorures et cependant l'*hypochlorurie*, surtout l'*achlorurie urinaire*, est un indice de pronostic très grave.

La quantité moyenne des chlorures urinaires éliminées par 24 heures est de 10 à 13 grammes ; elle peut diminuer par l'alimentation, par la privation d'aliments salés, par le régime lacté absolu, auquel cas cette quantité descend quelquefois jusqu'à 2 et 3 grammes. Alors on ne peut en déduire aucune conséquence pronostique, et il en est de même des maladies aiguës, de la pneumonie, de certaines diarrhées très abondantes dans lesquelles l'élimination des chlorures par les urines est à son minimum.

Dans des conditions spéciales, dans le diabète insipide, et surtout chez les cardiaques avec hydropisies, la digitale a pour effet, au moment de la diurèse, d'augmenter considérablement l'élimination rénale des chlorures, et c'est ainsi que M. Huchard a vu des cas où celle-ci atteignait brusquement le chiffre de 30 à 35 grammes. Ces faits sont à rapprocher de ceux qui ont été également signalés par Neubauer et Vogel. Ils parlent d'un malade qui excréta, pendant 3 jours consécutifs, 55 grammes de chlorure de sodium ; d'un autre malade chez lequel la sécrétion du chlore s'éleva en 24 heures, sous l'influence d'une décoction de digitale, de 4 à 27 grammes, et cela sans l'ingestion de la moindre quantité de chlorures.

Ces faits doivent être connus, mais n'ont pas une grande importance pronostique.

Il n'en est pas de même de l'*hypochlorurie urinaire* (inférieure à deux grammes par jour) et surtout de l'*achlorurie urinaire*, lorsqu'elles surviennent en dehors des conditions signalées plus haut (privation de chlorures dans l'alimentation, régime lacté absolu, maladies aiguës, pneumonie, etc.). Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* rapporte que M. *Huchard* a observé un cas de mort rapide chez un diabéti-

---

— Jamais, Monsieur, dit-elle d'un air de profond dédain.

Je la priai de me montrer ses seins.

— Pourquoi montrer mes seins? Je n'en souffre pas.

Je vis que j'avais affaire à forte partie, je fis rentrer la mère.

— Madame, lui dis-je, votre demoiselle présente une suppression menstruelle, dont je ne puis en ce moment déterminer la cause. Il faut que je l'examine avec soin. Il est nécessaire que je la voie avant son lever. Si vous voulez bien, je me présenterai chez vous demain dans la matinée.

— Volontiers, docteur, je vais vous laisser mon adresse.

Et elle me remit une carte, sur laquelle on pouvait lire : M. et Mme X., rue du Château.

La rue du Château mérite, on va le voir, une mention spéciale.

Montluçon, cité industrielle importante, à laquelle on a donné le nom justement mérité de Manchester de la France, Montluçon était au moyen âge une ville fortifiée. Elle était entourée d'un mur d'enceinte percé de quatre portes monumentales, flanqué de tours massives et garni de créneaux et de meurtrières. Au centre, se dressait une montagne, dont les flancs abrupts en granit micacé reluisaient aux rayons du soleil *Monslucens*. Sur cette montagne s'étendait une esplanade environnée d'un parapet et plantée d'ormeaux séculaires.

A l'ouest de l'esplanade, s'élevait un château féodal, qui dominait la ville.

Au faîte du château, une grosse tour carrée et crénelée, et un beffroi à clocheton hexagonal, destiné à sonner l'alarme et l'heure du couvre-feu.

Dans les fondations du château, sous les vastes salles dallées, qui retentissaient jadis du bruit des armes, un étroit escalier de pierre contourné en spirale. C'était l'entrée d'un souterrain, qui allait aboutir à plus d'un kilomètre, sur les bords du Cher, dans la demeure d'une belle meunière, dont la beauté légendaire fit les délices des seigneurs châtelains.

Mais de quoi vais-je parler à propos d'une tumeur utérine? Je m'égare évidemment, je vais me retrouver.

Depuis la révolution de 1889, le château, sa terrasse et ses frais ombrages étaient devenus le rendez-vous des promeneurs et des désœuvrés qui venaient s'y livrer aux charmes de la dame de pique, et aux douceurs du far niente. Une rue étroite et en pente raide donnait accès de la ville sur l'esplanade.

C'était la rue du Château.

Il y a une quarantaine d'années, il s'opéra une transformation radicale. L'administration de la guerre prit possession du château et de sa plateforme. Les vieux ormeaux, qui faisaient la joie des indigènes, furent abattus et firent place aux constructions grossières et disgracieuses d'une prosaïque caserne. Depuis lors, la rue du Château est sillonnée, sans cesse, par des soldats qui, le jour se rendent à la corvée et à l'exercice, et la nuit vont

que ancien, alors que les urines renfermaient seulement quelques grammes de glucose, et 0,35 centigrammes de chlorures urinaires en 24 heures. — Un autre malade dont il raconte l'histoire, atteint d'une affection bulbaire (tachycardite dite essentielle paroxystique), présente brusquement un abaissement considérable dans l'élimination des chlorures urinaires (0,65 centigr. par 24 heures) et en s'appuyant sur ce fait M. Huchard pense la mort imminente ; celle-ci survient 48 heures après. — Un troisième malade. atteint depuis trois ans environ d'artério-sclérose généralisée avec accès angineux, succombe au moment même où une grande amélioration paraît établie déjà depuis plusieurs mois. Un jour, on trouve seulement 1 gr. 25 de chlorures dans les urines. Le pronostic est déclaré alors fort grave, et la mort survient effectivement dans la nuit même qui suit la consultation, alors que rien ne faisait présager une terminaison si rapide.

Ce fait du pronostic tiré de l'hypochlorurie urinaire n'est pas suffisamment connu, et cependant M. Huchard, en faisant des recherches à ce sujet, en a trouvé la mention très explicite dans Méhu (*Urine normale et pathologique*, 1880).

« Une diminution considérable dans la quantité des sels minéraux, hors de toute proportion avec le poids des matières fixes, est toujours d'un pronostic très fâcheux. *L'absenee du chlorure de sodium est ordinairement l'indiee d'une mort proehaine.* »

Méhu cite, à l'appui, les faits suivants : Dans une urine qui laissait 28 gr. 6 de résidu sec par kilogramme, il y avait près de 19 gr. d'urée et seulement 0 gr. 77 de sels minéraux. Ni chlorure de sodium, ni phosphates. Le malade mourut dans les 24 heures. Il rappelle encore que chez plusieurs malades atteints d'affections organiques du foie, il n'a pas trouvé de chlorure de sodium dans l'urine des derniers moments de la vie. bien qu'il y eût encore une quantit notable des autres sels.

Voilà donc des faits importants au double point de vue du pronostic et de l'indication thérapeutique. Dans les cas de maladies chroniques diverses, où les chlorures urinaires diminuent d'une façon considérable, et surtout dans ceux où ils disparaissent, la vie n'est plus possible ; l'estomac, qui a tant besoin de chlorures, cesse son fonctionnement, la cachexie rapide et galopante commence et la mort est imminente. Alors, la *médication chlorurée intensive* s'impose par la voie stomacale, par la voie rectale, en injections sous-cutanées. Il y a là une thérapeutique d'attente, dont les indications ne tarderont pas à être précisées.

Le séneçon comme emménagogue.

D'après M. le Dr *Heim*, de Paris, le séneçon est un puissant emménagogue. Les expériences des Drs *Bardet* et *Bolognesi* ont pleinement confirmé cette assertion.

L'extrait de séneçon, administré à la dose de deux à cinq grammes et progressivement, en commençant par 25 centigrammes le premier jour et augmentant chaque jour de 25 centigrammes, paraît être un excellent emménagogue, absolument inoffensif pour l'appareil digestif.

Il produit des résultats très favorables et constants dans le traitement de l'aménorrhée, résultats qui se manifestent également dans la dysménorrhée, favorisant le flux cataménial qu'il n'augmente pas. Mais il paraît être sans influence sur les douleurs de la dysménorrhée.

Administré à doses plus élevées et à doses fortes dès le premier jour, il produit des phénomènes de congestion utéro-ovarienne avec douleurs, phénomènes qui font pressentir, que cette substance serait susceptible, à doses massives, de provoquer l'avortement, en influençant non

---

chercher le plaisir dans les assommoirs d'alentour.

C'est dans cette rue qu'habitaient mes visiteuses.

Le lendemain de la consultation, à la première heure, je sonnais à leur porte.

La mère vint m'ouvrir ; la jeune fille n'était pas levée. Introduit auprès d'elle, après quelques préliminaires, je commençai mon interrogatoire. Puis, malgré une légère résistance, j'examinai les seins; l'aréole était colorée et piquée de quelques tubercules saillants. Je palpai l'abdomen au-dessus du pubis ; je sentis une tumeur médiane, dure, indolore, hémisphérique.

Je priai la mère de sortir un instant. Je manifestai mes craintes à la jeune personne.

— Que pensez-vous donc, me dit-elle.

Je lui fis comprendre clairement que je la croyais enceinte. J'avais à peine prononcé le mot, qu'un cri répété s'éleva :

— Maman, maman.

La mère entrait en coup de vent.

— Qu'y a-t-il, mon enfant ?

— Il y a que Monsieur le Docteur prétend que je suis enceinte... Quelle indignité !

La fureur bouleversait ses traits.

La mère le prenant de haut, dit alors d'un air de dignité offensée :

— Monsieur, vous portez contre ma fille une accusation grave et imméritée. Jamais dans notre famille, pareil crime n'a été commis.

— Je ne porte aucune accusation, Madame, et au surplus, ce ne serait pas un crime.

— C'est un crime, Monsieur, ma fille ne s'est jamais exposée à pareil déshonneur, vous pouvez en croire ma parole. Mon sang ne saurait mentir.

— J'ai commis sans doute une erreur, Madame, veuillez me pardonner. Mais comme l'état de Mademoiselle votre fille m'intéresse au plus haut point, je vous prierai de me permettre d'amener avec moi demain matin un confrère pour l'examiner.

— Volontiers, vous reconnaîtrez vous-même, demain, que vous avez porté un jugement téméraire.

Sur ce, je partis, bien convaincu que la mère était une digne femme, la fille une inconsciente ou une comédienne, et qu'un confrère quelconque confirmerait purement et simplement mon appréciation.

J'avais compté sans mon hôte.

Le lendemain, avant que la lumière n'eût redoré nos coteaux, un violent coup de sonnette réveillait mes domestiques.

— Veuillez informer M. le Docteur, leur dit une personne inconnue, que la malade qu'il a vue hier, rue du Château, a pris du mieux, et qu'il est inutile de se déranger.

Je fis les réflexions que l'on peut supposer sur ce mieux inattendu ; puis, entraîné par le courant de mes occupations absorbantes, je n'y pensai plus.

Quinze jours après, au cours de mes visites matinales, je rencontre un de mes honorables confrères, le Dr Petit.

— Quoi de nouveau, confrère, lui dis-je.

— Rien, et vous... ah si, il y a du nouveau. J'ai vu hier le Dr X., qui observe en ce moment dans

seulement les organes génitaux, mais aussi l'état général.

Il est donc permis de supposer que l'extrait de séneçon agit favorablement sur la menstruation et provoque les règles en amenant, comme certains emménagogues, la rue par exemple, une congestion utéro-ovarienne par excitation des fibres musculaires de la trompe et du ligament large, excitation amenant l'érection ovario-tubaire, et par excitation des fibres musculaires de l'utérus lui-même.

Le Pambotano.

M. le Dr *G. Dinan* a consacré sa thèse de doctorat à l'étude du Pambotano, arbre du Mexique, que l'on considère comme un succédané du quinquina. On emploie habituellement la racine du Pambotano qui provient du Calliandra Houstoni et du Calliandra Grandiflora ; cette racine sert à préparer un extrait hydro-alcoolique, qui contient les différents éléments de la racine, une saponine, un alcaloïde encore indéterminé et deux résines (une rouge et une incolore) (Pouchet).

La dose moyenne de racine de Pambotano pour un adulte est de 60 à 80 grammes, préparée sous forme de décocté ou d'élixir, à prendre en quatre, huit ou dix fois dans le courant de la journée, selon l'urgence et les indications (susceptibilité du sujet au médicament, forme de malaria, etc.). On pourra aussi se servir de ce fébrifuge, avec avantage, sous forme d'extrait aqueux, ou hydro-alcoolique ; la dose moyenne du premier sera de 12 gr. et celle du second de 6 à 8 gr., car il est plus actif ; ces doses seront subdivisées en plusieurs prises ; comme pour les préparations liquides, elles seront administrées par voie gastrique ou rectale, si la première faisait défaut, la méthode hypodermique étant impraticable.

Le Pambotano est un sternutatoire énergique ; il agit comme éméto-cathartique probablement par sa résine rouge, si irritante pour les muqueuses.

Il jouit de vertus antipaludéennes très actives, dont le mécanisme reste à déterminer expérimentalement.

Ce fébrifuge réussit surtout dans le paludisme à forme intermittente, continue, simple et chronique. Il s'est montré efficace dans des cas où toute médication antipaludéenne classique avait échoué.

Son action est rapide et durable, car les récidives sont rares après son emploi ; on a même noté, sous son influence, une certaine immunité contre le miasme palustre.

Dans bien des cas, il s'est montré supérieur au quinquina ou à ses alcaloïdes, en réussissant là où ceux-ci avaient échoué ; cependant il a paru plusieurs fois seconder leur action antipaludéenne, lorsqu'il n'a pas été donné à dose suffisante pour agir seul. Il y aurait donc lieu de profiter parfois de cette action synergique, en associant ces deux médicaments.

Jusqu'à présent, on n'a pas signalé d'accidents sérieux provoqués par ce *Calliandra* ; on l'a cependant donné à de jeunes enfants et à des malades débilités ; toutefois nous pensons qu'il serait imprudent de l'employer sur des sujets affectés d'ulcérations du tube digestif, ou étant en danger d'appendicite. Il faudrait être circonspect, dans son emploi, en présence d'une maladie vasculaire grave.

L'hémiplégie puerpérale.

On donne le nom d'hémiplégie puerpérale à l'hémiplégie, qui survient *post partum* et qui est provoquée par l'état puerpéral.

Bien des causes ont été invoquées pour expliquer les hémiplégies puerpérales et des plus contradictoires. Un petit nombre d'autopsies pratiquées ont élucidé certains processus sans permettre d'éliminer les autres.

---

sa clientèle un fait extraordinaire. C'est une tumeur utérine. Le diagnostic est épineux. Il a l'intention de l'envoyer à Paris, et de l'adresser à Pidoux.

— Pourquoi Pidoux, qui ne s'est jamais occupé de pathologie utérine ?

— Il connaît Pidoux, qui la montrera à un spécialiste, s'il le juge nécessaire.

— Quel âge a la malade ?

— Dix-huit ans.

— Dix-huit ans ? Elle habite au moins la rue du Château ?

— C'est ça même ; vous l'avez vue ?

— Sans doute. C'est une jolie tumeur !

Le confrère me regarde d'un air étonné.

— Si c'est la même, ajoutai-je, c'est une tumeur vivante ; la jeune fille est enceinte.

— Ce n'est pas la même. Celle dont je vous parle a une vraie tumeur. Le docteur X.. en est sûr ; sans cela, il ne parlerait pas de l'envoyer à Paris. Qu'est-ce qui vous fait supposer qu'elle est enceinte, si c'est la même personne ?

— Parce que, d'abord elle habite rue du Château.

— Ce n'est pas une preuve.

— Tant s'en faut ; ni même un commencement de preuve, comme disent les juristes. Mais, la rue du Château est fréquentée par des officiers et des soldats. Les culottes rouges laissent facilement échapper des zoospermes, chacun sait ça. Qui pourrait affirmer qu'un de ces animalcules ne s'est pas évadé, n'a pas grimpé un étage, pénétré par le trou de la serrure, et ne s'est pas insinué, avec ou sans effraction, dans le domaine privé de la jeune fille, c'est dans l'ordre des choses possibles, n'est-il pas vrai ?

— Oui, mais cela ne prouve rien. Elle n'a jamais vu d'homme.

— Ah ! le bon billet...

— Elle le dit.

— Très bien. Mais malheureusement elle a de l'aménorrhée depuis cinq mois. Elle a une tumeur utérine régulière, dure, indolore, hémisphérique ; elle a une coloration et des tubercules de l'aréole mammaire, notez bien cela confrère. Ce signe à une grande valeur.

— Tout ce que vous voudrez, me répondit le docteur Petit. Mais alors mettez-vous d'accord avec le Dr X.. parlez-lui. Il aura bientôt fait de rétorquer vos arguments. Vous êtes aux antipodes l'un de l'autre.

— Au fait, il y a peut-être erreur. Cependant...

Nous nous quittâmes sur ces mots. Je ne revis plus la malade ; je ne rencontrai plus le médecin qui la soignait. Bref, il n'en fut plus question.

Une année s'était écoulée. On était en pleine canicule. J'étais alors inspecteur des Enfants assistés de la Seine, et par une radieuse après-midi de thermidor, je pérégrinais dans la campagne. J'arrivais dans le voisinage d'Huriel, chef-lieu du canton renommé par sa tour antique. J'avais laissé mon équipage sur la route, et je déambulais dans des sentiers moussus, entre des haies verdoyantes. Je cherchais un hameau, où logeait une

Les principales causes paraissent être les suivantes :

L'hémorrhagie cérébrale, la congestion cérébrale, l'anémie, la thrombose, l'infection puerpérale proprement dite, l'embolie cérébrale, l'œdème, les abcès métastatiques du cerveau.

Il existe un assez grand nombre d'hémiplégies puerpérales, dont la pathogénie est difficile à élucider ; on a souvent, dans ces circonstances, invoqué l'action réflexe. Sans la nier d'une façon absolue, il est permis de dire qu'elle est contestable et beaucoup d'hémiplégies, dont la cause lui a été rapportée, reconnaissent une étiologie toute différente, telle que l'hystérie.

Parfois aussi, la pathogénie est complexe ; plusieurs processus ont agi pour provoquer les accidents ; c'est ce qui explique comment certaines observations sont rangées par les auteurs sous des étiquettes différentes, hémorrhagie cérébrale pour les uns, thrombose pour les autres.

La thèse du Dr *A. Lafon*, du Havre, est consacrée à démontrer cette multiplicité pathogénique.

Les symptômes, variables avec la cause qui a produit la paralysie, ne présentent pas de caracpères propres à l'hémiplégie puerpérale.

Le trop petit nombre d'observations qu'on a pu réunir n'a pas permis d'établir des conclusions rigoureuses au point de vue de la fréquence de ces hémiplégies suivant l'âge, le nombre des grossesses, etc.

Le pronostic est sévère ; la mort survient dans la moitié des cas.

Le traitement, impuissant en face de lésions cérébrales constituées, possède au contraire une efficacité remarquable lorsqu'il s'agit d'une altération passagère du sang soit dans sa nature, soit dans sa quantité.

Dans le cas d'hémiplégie par hémorrhagie cérébrale ou congestion, on appliquera des sangsues derrière les oreilles, on purgera la malade, on fera prendre des bains de pieds sinapisés.

Contre l'hémiplégie elle-même, on conseillera les courants continus, les bains de mer.

Si l'hémiplégie est d'origine anémique on pourra faire des injections de sérum artificiel ; les ferrugineux, les toniques seront indiqués.

Dans l'hémiplégie par thrombose ou embolie, le traitement a une efficacité contestable. On fera l'antisepsie des organes génitaux ; on relèvera le cœur dans le cas d'endocardite, mais on ne pourra guère qu'empêcher la formation de nouvelles lésions, sans prétendre faire rétrocéder les anciennes.

L'éclampsie sera traitée par le chloral, la saignée, le régime lacté absolu.

Contre les abcès métastatiques du cerveau, nous sommes à peu près désarmés, on traitera les symptômes, fièvre, état adynamique, etc...

En somme, il faut bien l'avouer, sauf dans le cas d'éclampsie et d'anémie, le traitement est souvent peu efficace et les guérisons doivent être imputées à la nature autant qu'à la médication.

Les pleurésies parapneumoniques.

A côté de la pleurésie, qui survient dans la convalescence de la pneumonie, couramment désignée sous le nom de pleurésie métapneumonique, il y a place pour une forme d'inflammation pleurale, se manifestant par un épanchement concomitant ou immédiatement consécutif à l'hépatisation pulmonaire.

M. le Dr *L. C. Mauvais*, de Paris, appelle cette variété, *pleurésie parapneumonique*, et il lui consacre une étude détaillée dans sa thèse de doctorat (Paris 1896). Ses conclusions sont les suivantes :

L'épanchement est séro-fibrineux, jamais purulent. Il est en général peu abondant.

On n'y trouve de pneumocoques, ni par l'examen direct des lamelles, ni par les cultures.

Il a tendance à se résorber spontanément, mais la ponction hâte la guérison.

---

de mes nourrices, que je n'avais pas encore vue. Au sortir d'un chemin ombreux, je tombe sur une tuilerie. Sur le pas de la porte se tenait une femme, celle du tuilier sans doute. J'approche pour lui demander mon chemin. Mes renseignements pris, j'allais m'éloigner après avoir remercié la brave femme. Je remarquai seulement alors qu'elle avait un poupon magnifique sur le bras,

— Vous avez un bel enfant, lui dis-je.

— Vous trouvez, M'sieu ?

— Quand on fait d'aussi beaux enfants, on devrait en avoir une demi-douzaine.

— Dites voir ?

— Assurément.

— Quel âge a-t-il ?

— C'est une fille.

— Quel âge a-t-elle votre belle fillette ?

— Elle a huit mois.

— Je vous félicite, c'est un beau fruit, il fait honneur à l'arbre qui l'a porté.

— Elle n'est pas à moi.

La conversation n'ayant plus de but, j'allais me retirer.

— La mère habite Montluçon, continua la femme.

Je prenais congé en saluant.

— Vous connaissez peut-être la mère, M'sieu.

Je tournais le dos.

— Vous connaissez sans doute la mère, répéta-t-elle.

Je regardai de nouveau cette femme, dont l'insistance finissait par piquer ma curiosité.

— C'est une fille-mère.

— C'est possible Eh bien après ? Quel intérêt cela peut-il avoir ?

— Oh, aucun. Seulement c'est pour parler. Elle s'appelle Camille.

— C'est un joli nom.

— Elle habite la rue du Château.

— La rue du Château ! ? Oh alors..

Cela devenait attrayant.

— Dans le milieu de la rue, en montant à droite.

— Oui, m'sieu.

— Au premier étage ?

— Oui, on dirait que vous y êtes.

L'intérêt allait croissant.

— C'est une jeune fille blonde, de dix-huit à dix-neuf ans, qui habite avec ses parents ?

— C'est ça. Vous la connaissez bien ?

— Un peu.

— Je vous le disais bien.

C'était plus que de l'intérêt. C'était de la jubilation.

J'avais sous les yeux, à n'en pas douter, la petite tumeur, qu'on voulait adresser à Paris (peut-être y est-elle allée).

Le cas était palpitant.

Je m'approchais pour le mieux voir. C'était décidément un bébé adorable.

Dans un accès d'enthousiasme, en face de la preuve vivante de mon ancien diagnostic, je saisis l'enfant et lui appliquai un gros baiser sur ses deux joues roses et fraîches.

Le diagnostic se fait aisément par la constatation des signes d'épanchement pleural se superposant à ceux de l'hépatisation pulmonaire, ou faisant suite directement à ceux-ci lors de la défervescence critique. Souvent il sera utile de recourir à la ponction exploratrice, pour s'assurer qu'il ne s'agit pas simplement d'une pneumonie massive.

MÉDECINE PRATIQUE

Le lavage du sang.

A côté de la sérothérapie pastorienne qui emprunte à des animaux inoculés et vaccinés, un sérum antitoxique préservateur et même curateur d'infections toxémiques, vient se placer aujourd'hui une méthode déjà ancienne, qui consiste à injecter dans les vaisseaux une quantité de solution saline suffisante pour opérer le lavage du sang.

En 1830, Jœnichen, de Moscou, en fit à des cholériques pour remédier à la deshydratation du sang et des tissus. Dans les cas d'énormes déperditions sanguines, consécutives à l'accouchement, à des blessures, on a injecté de l'eau salée pour rétablir la masse sanguine et relever la tension artérielle. On a introduit des médicaments par la voie veineuse.

En 1884 et 1885, le professeur *Hayem* institua d'une manière tout à fait scientifique une méthode de traitement du choléra par les injections intra-veineuses, par les transfusions de sérum artificiel. Mais jusqu'aux expériences de MM. *Dastre* et *Loye*, on n'avait pas généralisé cette méthode et l'on n'avait guère osé l'appliquer à d'autres maladies.

Ces auteurs ont fait pénétrer dans les veines d'un animal, des quantités considérables d'eau salée sans trouble appréciable, pourvu que l'injection soit faite lentement et d'une manière bien réglée. Ils ont déterminé chez le lapin et le chien la quantité à injecter par kilogramme du poids de l'animal et par minute. Il est de la plus haute importance de ne pas agir avec trop de vitesse.

Les premiers essais sur des chiens ont été peu encourageants, mais M. Sahli, de Berne, a repris ces essais et en a obtenu des succès positifs. Les chirurgiens ont employé cette méthode et Tuffier a pu dire avec preuves à l'appui que le lavage du sang était une des conquêtes les plus précieuses de la chirurgie contemporaine.

Le sang est celle de nos humeurs qui reçoit la plus grande quantité de produits toxiques qu'il charrie dans tous les organes, afin d'en assurer l'élimination par les divers émonctoires de l'économie. Mais ce sang ainsi empoisonné peut altérer l'organe et le rendre insuffisant.

Il fallait donc pouvoir débarrasser au plus vite le sang des toxines qui l'encombrent par une action directe et rapide. C'est ce but que l'on poursuit à l'heure actuelle par les injections intra-veineuses et sous-cutanées de sérum artificiel.

Ces injections trouvent leur indication dans la plupart des maladies de l'organisme où il y a une grave intoxication des liquides et des humeurs. Elles agissent principalement comme agents d'élimination de ces poisons. De plus, elles portent aussi leurs effets sur le système nerveux en réveillant la plupart des fonctions d'une manière énergique et presque subite (1).

I

Dans une première partie, nous étudierons les effets physiologiques des injections de sérum intra-veineuses et des injections sous-cutanées, et nous commencerons par l'indication détaillée de la technique de la méthode.

(1) Extrait du *Monde médical*, 1896.

— Ah ! quelle jolie petite tumeur ! m'écriai-je.
— Vous dites, m'sieu.
— Je dis que votre nourrisson vous fait le plus grand honneur.
— Dites voir, dit la femme en se rengorgeant.

Je lui donnai quelques conseils. Elle n'en avait guère besoin. Le bon état de l'enfant en était la preuve péremptoire. Mais l'intérêt que m'inspirait le sujet, me portait à dire des choses inutiles. Je restai quelque temps en admiration devant le bébé, puis je pris définitivement congé de la nourrice, enchanté de mon heureuse trouvaille.

Je ne revis plus l'enfant par la suite : mais je m'intéressai toujours à elle. De temps en temps, je prenais des renseignements sur sa santé. Je cherchai à lui être utile ; j'appris successivement qu'elle allait en classe et que ses maîtresses vantaient son travail et sa conduite ; qu'elle obtenait son certificat d'études, puis ses brevets élémentaire et supérieur.

A cette heure, elle occupe un poste élevé dans l'enseignement et elle fait les beaux jours et le bonheur de tous les membres de sa famille, qui l'entourent des soins et la comblent des témoignages de la plus vive affection.

Heureuse tumeur qui, se jouant de la médecine et narguant écraseur et bistouri, sut se détacher toute seule comme un fruit de son pédoncule.

Tumeur bénie, qui, non contente de faire la joie des siens, dispense généreusement autour d'elle les bienfaits de l'initiation intellectuelle.

Ah ! si toutes les tumeurs de cette nature avaient pareille fortune, on n'entendrait plus les prophètes de la démographie et les Jérémies de la statistique se lamenter sur la dépopulation et les désastres qui nous menacent. On verrait la natalité s'élever à un étiage inconnu ; et Malthus, le vieux Malthus, rougirait dans sa tombe des malheurs engendrés par ses théories funambulesques.

Mais hélas ! ici comme ailleurs, beaucoup sont appelées, mais bien peu sont élues.

— Pour terminer, un mot aux lecteurs qui préfèrent l'*utile* au *dulci*.

Mes chers confrères, leur dirai-je, quand vous serez consultés pour une jeune fille, qui, depuis quelque temps, aura perdu ses fleurs de tous les mois, qui portera une tumeur hypogastrique régulière, indolore, arrondie, avec une aréole mammaire colorée et douée de tubercules, si vous voulez m'en croire, ne l'envoyez pas à Paris, ne lui faites même pas d'ordonnance ; c'est inutile. Attendez ; prenez et faites prendre patience. Le temps sera le meilleur remède, et vous vous épargnerez des regrets, des reproches et des surprises désagréables.

Montluçon, le 30 août 1896.

Coulhon,
ancien interne des hôpitaux de Paris.

La solution la plus généralement employée est la suivante :

Chlorure de sodium 7 gr. 30 centigr. ou 5 gr.
Sulfate de soude... 8 gr. ou 10 gr.
Eau q. s. pour faire un litre.

Cette solution *doit être stérilisée avec le plus grand soin.* Bien entendu l'eau doit être également d'une limpidité absolue pour éviter des embolies dans le cas d'injection intra-veineuse. (Kronecker).

Le liquide préalablement filtré sur un tampon d'ouate hydrophile est stérilisé à l'autoclave ou soumis à une ébullition prolongée.

Malassez a pensé qu'une solution à 1/100 de chlorure de sodium serait peut-être plus avantageuse et Dastre recherche à l'heure actuelle une méthode qui permette de trouver un liquide injectable, qui ménage plus les globules blancs que la solution dite physiologique de chlorure de sodium.

L'injection doit se faire à la température de 38° à 38°5, environ. Le liquide stérilisé est contenu dans un flacon à trois tubulures ou dans un bocal fermé par un bouchon à trois trous. Dans le goulot du milieu ou dans le trou du centre du bouchon est placé un thermomètre qui plonge au fond du vase et permet de lire facilement le degré 38 ou 39, qui ne doit pas être dépassé et qui doit être maintenu, grâce à un bain-marie chaud ou à un réchaud à alcool placé sous le flacon. Dans un autre goulot, ou dans l'un des trous du bouchon du bocal, on place un tube coudé long, dont l'extrémité inférieure atteint le fond du récipient et plonge par conséquent au fond du liquide. Ce tube a une extrémité libre au dehors, qui est munie d'un tuyau de caoutchouc avec robinet et terminé par une aiguille n° 2 de Potain. Enfin dans le dernier goulot du flacon ou dans le dernier trou du bouchon du bocal, on introduit un petit tube court rempli d'ouate hydrophile, dont l'extrémité reste au-dessus du niveau du liquide, sans y affleurer ; ce tube est réuni par une conduite de caoutchouc à la pompe foulante de l'appareil Potain.

Au lieu de cet appareil, on peut employer un bock d'Esmarck en verre, et le suspendre à une hauteur de 50 centimètres à 1 mètre.

Le choix de la veine a une certaine importance ; généralement, on prend celle du pli du coude, qui sert à la saignée (médiane céphalique) ou l'une des branches de la saphène, au cou-de-pied ; il est important de faire au préalable une petite dénudation de la veine au bistouri. Pour pratiquer cette dénudation, on vide la veine de sang en plaçant un lien au-dessous d'elle sur l'avant-bras pour la médiane céphalique, sur le pied pour la saphène interne. Une incision légère de 2 centimètres de long est faite perpendiculairement à la direction de la veine ou, mieux, obliquement à cette direction. La peau a dû être préalablement savonnée et décrassée à l'alcool et au sublimé, le bistouri désinfecté par l'étuve ou l'immersion dans l'eau phéniquée forte. On écarte la peau incisée et on tombe sur la veine cherchée ; on l'isole doucement du tissu cellulaire qui l'enveloppe et on lâche le lien constricteur placé au-dessous. Le sang afflue aussitôt et fait gonfler le vaisseau. L'appareil est alors amorcé, *purgé soigneusement d'air* et le liquide poussé dans l'aiguille avant même qu'elle n'ait piqué la veine. Si la veine ne fait pas assez saillie, on place un lien constricteur sur le membre au-dessus d'elle (entre elle et le cœur), et on passe une sonde cannelée *stérilisée* sous cette veine. L'aiguille pleine de liquide et *bien stérilisée* est alors enfoncée obliquement de bas en haut dans la direction du courant sanguin veineux, et le lien du membre étant enlevé, l'injection est poussée *lentement.*

L'injection directe dans une veine non dénudée, à travers la peau, présente toutes sortes d'inconvénients et d'aléas.

Le manuel opératoire pour l'injection sous-cutanée est d'une grande simplicité. On se sert de l'aiguille n° 2 de l'appareil Potain, bien stérilisée, et l'on refoule le liquide doucement dans le tissu cellulaire et au besoin dans l'épaisseur des masses musculaires.

Parfois, on fait précéder l'injection d'une saignée de deux ou trois cents grammes. La quantité de liquide qu'on injecte dans les veines est de deux litres ou deux litres cinq cents, en une seule fois. Le temps que dure cette injection est d'environ 20 minutes.

Les effets produits par cette transfusion de liquide sont les suivants, d'après M. *Bosc*, de Montpellier :

Pendant l'injection, l'état général se modifie rapidement ; un des premiers effets du côté de la *circulation* est la disparition des intermittences, l'augmentation de la pression sanguine ; le pouls, auparavant incomptable et à peine perceptible, devient plus lent, énergique, régulier ; la *respiration* se ralentit légèrement, devient plus ample et plus facile ; la *calorification* subit les mêmes modifications, que la maladie soit hypo ou hyperthermisante ; la température s'élève graduellement dans l'aisselle et dans le rectum de 34 à 37 degrés par exemple. Il peut survenir, à la fin, une *miction* ou un peu de diarrhée.

Après l'injection, on observe :

α) Des *effets immédiats* d'une durée de 30 à 40 minutes et qui se marquent par la continuation des effets observés pendant la durée de l'injection.

β) Une *période de réaction critique*, qui survient d'une demi-heure à une heure après l'injection : elle débute par un *frisson* violent, une sensation de froid intense, et se marque par un pouls qui redevient fréquent, inégal, irrégulier, une respiration accélérée, difficile, des phénomènes de spasmes, de crampes et même d'excitation cérébrale ; une élévation rapide de la température dans l'aisselle et le rectum jusqu'à un *maximum thermique* élevé, 39°8, 40°5, 40°8 dans l'aisselle, 40°, 41°5 dans le rectum.

Cette *phase de froid* est suivie d'une *phase de chaleur*. Comme dans l'accès paludéen, la face est vultueuse, les conjonctives injectées, la respiration fréquente, haletante, le pouls très accéléré (150, 160, 180), mais énergique ; les réflexes tendineux sont exagérés ; la température se maintient élevée avec des sensations vives de chaleur à la peau. Puis les phénomènes diminuent progressivement et la température *descend à la normale* ; le pouls et la respiration s'améliorent.

C'est là la période de réaction qui dure envi-

ron trois heures : c'est une véritable action critique, avec mictions, diarrhée, sueurs.

γ) Une *période post-critique* dans laquelle la *température se fixe à la normale.* La réaction est donc suivie d'un équilibre thermique, que la maladie soit antérieurement fébrile ou hypothermisante. C'est ce qui a fait dire à certains auteurs que l'injection avait une action antipyrétique ; ils n'avaient pas perçu l'existence de la phase de réaction.

La guérison peut survenir directement, à la suite de cette fixation post-critique de la calorification et des autres fonctions à la normale.

Il peut se faire que cette guérison soit précédée de quelques réactions passagères qui élèvent de nouveau légèrement la température.

La saignée-transfusion peut par elle-même amener la guérison dans des cas d'infections graves et même absolument désespérés, comme le choléra, la fièvre typhoïde, les septicémies.

Les *injections sous-cutanées* de sérum artificiel agissent de la même façon que les injections intra-veineuses. Elles produisent une *réaction* identique pouvant élever la température à 40°5 dans l'aisselle. Cette réaction survient un peu plus tardivement et disparaît avec plus de lenteur. Son intensité est, dans une certaine mesure, en rapport avec la quantité de liquide injectée ; cette constatation est importante au point de vue de la graduation des phénomènes réactionnels. Après la réaction, la *température descend et se fixe à la normale*, définitivement si la guérison doit suivre, ou pour un temps plus ou moins long (24 à 48 heures) s'il doit se produire une rechute.

D'une manière générale, les injections intraveineuses et sous-cutanées de sérum artificiel déterminent des effets réactionnels intenses, souvent heureux et d'une façon parfois immédiate, dans les cas d'infection proprement dite ou d'intoxication. Elles ne présentent *aucun danger* par elles-mêmes, et le médecin ne devra s'étonner, ni s'alarmer des réactions fonctionnelles considérables qui sont provoquées par ces injections, mais il devra en étudier minutieusement la marche, car elles seront, pour lui, un guide très utile au point de vue du pronostic général de la maladie.

De même que M. Bosc, à la suite de nombreux essais clinique, M. Lejars formule les conclusions suivantes :

1° L'injection de sérum artificiel à dose massive est inoffensive ;

2° Même dans les cas désespérés, elle retarde la mort, et assure des trêves quelquefois précieuses ;

3° Sous la réserve que les reins fonctionnent bien, elle donne dans les infections des succès inattendus et mérite d'être érigée en méthode générale. Une infection grave, menaçante à bref délai, peut être conjurée ou atténuée par une injection massive de plusieurs litres ; mais il serait nécessaire le plus souvent de renouveler le lavage durant plusieurs jours avec ténacité et d'injecter une quantité totale assez considérable de sérum. Pour se rapprocher autant que possible du lavage proprement dit, il est utile d'associer aux injections intra-veineuses des injections sous-cutanées à dose moindre répétées toutes les deux heures.

4° La voie utilisée importe peu, mais la voie intra-veineuse qui permet une action plus rapide, paraît préférable dans les cas urgents.

Il importe surtout d'injecter de fortes doses et de les répéter s'il y a lieu. Les expériences de MM. Dastre et Loye avaient déjà montré leur innocuité, et ce fait a été confirmé par tous les auteurs ; c'est ainsi que M. Lejars a pu injecter 26 litres d'une solution saline en 5 jours et M. Maygrier 6 litres en 3 fois dans l'espace de quelques heures.

Le mode d'action de ces transfusions salines est loin d'être élucidé. MM. Dastre et Loye ne leur attribuent qu'un rôle mécanique ; elles diluent le plasma sanguin et réalisent ainsi une sorte de lavage du sang.

En réalité, le problème est bien plus complexe.

M. *Charrin* et M. *A. Claisse* (dans un travail publié *in Revue de Chirurgie*) pensent qu'il ne s'agit pas seulement de lavage du sang : « D'une part, la quantité de liquide employée est insuffisante pour qu'on puisse assimiler cette méthode à celle employée par Dastre et Loye, dans des conditions tout à fait différentes ; d'autre part, y a-t-il une telle élimination d'éléments nocifs ? Y a-t-il réellement toxiurie ? On serait tenté de le penser en voyant la diurèse abondante qui s'établit souvent : mais cette polyurie (ou la diarrhée qui peut la remplacer) n'apparaît fréquemment que plusieurs heures après une amélioration manifeste : il n'est en outre pas du tout établi que les urines éliminées alors soient plus toxiques ou même plus chargées de substances albuminoïdes que précédemment.

« Enfin si les injections intra-veineuses agissaient simplement grâce à la polyurie produite par l'augmentation de pression artérielle, on n'assisterait pas à ces modifications si rapides, si spéciales. Quant à cette élévation même de la pression artérielle, elle est certainement importante, mais peut être autant un effet qu'une cause de l'amélioration générale.

« Il y a plus, croyons-nous. Tous les symptômes généraux tiennent à une intoxication qui porte ses effets sur tous les organes, sur le système nerveux en particulier ; l'action si rapide des injections intra-veineuses ne peut guère être expliquée que soit par la destruction des toxines, soit par un relèvement presque instantané de la résistance de l'organisme.

« La transformation des toxines par l'injection de 1,200 grammes d'eau salée est problématique : il est possible qu'on puisse la faire entrer en ligne de compte (Charrin). Il semble en revanche que la défense physiologique manifeste une activité nouvelle, très intense : la réaction qui suit rapidement l'injection, cette élévation de température momentanée, le changement de caractères du pouls éveillent déjà l'attention dans ce sens; oserions-nous dire que cette période critique est le moment le plus chaud de la lutte entre l'organisme et les principes pathogènes ?

« La phagocytose a certainement un rôle énorme dans la défense des tissus : l'apport des globules blancs, leur prolifération au niveau des foyers d'infection est intense, en même temps qu'ils augmentent dans la masse sanguine elle-même. Il est possible que la gravité des accidents infectieux tienne en partie à une insuffisance dans leur action. Cette insuffisance serait-elle due à l'hypertoxicité même du sang ? L'eau

salée agit peut-être en diminuant cette toxicité par simple dilution, en apportant surtout des éléments qui relèvent la vie cellulaire : celle-ci se réveille, la lutte reprend : les leucocytes, dont le nombre diminue rapidement dans le sang, vont agir au foyer de l'infection et, en ce point, détruire à la fois microbes et toxines qui en dérivent. D'ailleurs ce que nous venons de dire pour les leucocytes devrait s'appliquer probablement, d'une façon générale, à l'organisme entier, chaque cellule entrant en jeu.

« On peut établir une comparaison de l'action des sérums artificiels et de celle des sérums antitoxiques.

« Même rapidité dans l'action, même réaction critique, même chute de la leucocytose. De même que les sérums antitoxiques, les injections massives salines donnent une *désintoxication* ; l'action directe sur les cellules semble bien probable. »

Les cellules de chaque organe, étant désintoxiquées, n'étant plus paralysées par les agents nocifs, qui les altéraient, reprennent leurs fonctions habituelles. — Malheureusement, l'action désintoxicante des injections massives d'eau salée, comme, d'ailleurs, celle des sérums antitoxiques est variable. Elle peut être définitive ; elle peut être passagère ; l'action cellulaire est annihilée au bout de quelque temps par l'action microbienne et toxique ; une nouvelle injection pourra rétablir l'équilibre entre les deux.

Enfin, elle peut être nulle, l'organisme étant trop profondément atteint pour réagir.

Nous donnerons les applications du lavage du sang, aux diverses maladies, dans le prochain numéro.

Dr Paul Huguenin.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Projet de code déontologique

élaboré par MM. Wibo et Borginon, à la *Fédération médicale belge.*

I.—*Devoirs des médecins envers le corps médical.*

1. — Les médecins se doivent aide et protection mutuelles. Ils feront bien de se réunir en associations régionales plus ou moins étendues, suivant la facilité des communications et la fréquence des relations confraternelles. Le médecin qui, sans raisons très sérieuses, refuse d'entrer dans le cercle de sa circonscription, manque aux lois de la bonne confraternité.

2.— La défense des intérêts et prérogatives du corps médical auprès des pouvoirs publics exige la constitution d'un organisme central auquel les Cercles locaux ont le droit de s'affilier. En Belgique, cet organisme est représenté par la *Fédération médicale belge*.

Les raisons alléguées par un médecin qui s'abstient d'entrer au syndicat de sa circonscription seront considérées comme non avenues si le praticien en question refuse de s'associer à tout autre Cercle affilié à la Fédération.

3. — Les statuts des sociétés, cercles, syndicats régionaux et les règles déontologiques admises par ces associations, devront être de nature à entretenir la bonne confraternité et à maintenir l'exercice de l'art de guérir dans les voies utiles au bien public et conformes à la dignité de la profession ; ils ne pourront être en contradiction réelle avec les principes généraux énoncés dans le présent Code.

4.— L'affiliation à la Caisse de prévoyance et de secours du Corps médical belge constituant à la fois un bon placement d'argent et un acte de bonne confraternité, les médecins feront bien de s'affilier à cette utile et tutélaire institution. Des raisons très sérieuses pourront seules les dispenser de cette obligation morale.

II. — *Devoirs envers les confrères en particulier.*

5. — En toutes circonstances, les médecins s'inspireront de ce principe : *Agissez envers les confrères comme vous désirez que les confrères agissent envers vous.*

6. — Nul médecin ne doit, sous quelque prétexte que ce soit, visiter clandestinement un malade traité par un confrère.

7. — Le médecin ne doit entrer dans une maison que s'il y est convié directement par la famille.

8. — Tout médecin appelé auprès d'un malade en traitement doit se borner, à défaut du médecin traitant, à donner les soins réellement urgents. Il s'abstiendra de toute réflexion sur la médication suivie.

9.— Il ne devra continuer à voir le malade que s'il est appelé de nouveau en consultation ou avec l'assentiment du médecin traitant.

Dans le cas où le malade ou la famille, malgré les remontrances du médecin appelé en second lieu, persiste à le demander, le nouvel appelé proposera une consultation si l'état de fortune du patient le permet ; dans le cas contraire, il n'acceptera qu'après avoir prévenu le médecin ordinaire et s'être assuré que celui-ci a été remercié. Il est inadmissible que deux médecins voient parallèlement un malade sans se consulter.

Le médecin ordinaire ayant été rappelé, s'il s'aperçoit que l'on désire une consultation, il n'a pas à la déconseiller et, si on lui laisse le choix du consultant, il proposera celui qui l'a remplacé.

10. — Si plusieurs médecins sont appelés à peu près simultanément, en cas d'accident, par exemple, le médecin ordinaire du patient ou de sa famille, ou celui qui aura été désigné par eux pourra le revendiquer comme client. Si le patient ou sa famille n'a pas de médecin ordinaire connu et n'en désigne aucun, le premier arrivé se chargera du traitement.

11.— Le médecin appelé d'urgence chez un malade non en traitement, mais dans une famille pourvue d'un médecin ordinaire, peut donner les secours immédiatement nécessaires, mais il ne continuera ses soins ultérieurement qu'à la demande expresse de la famille. Il fera bien d'ailleurs de prévenir son confrère.

12. — Quand une consultation est demandée soit par le malade, soit par la famille, le médecin ordinaire ne doit chercher ni à l'empêcher, ni à la différer, mais l'accepter de bonne grâce ; si la famille désigne le consultant, le médecin traitant doit l'admettre quelle que soit son apparente infériorité comme âge, grade, situation, etc., pourvu que son honorabilité personnelle et professionnelle soit indiscutable et qu'il n'ait pas été exclu du syndicat régional.

13. — On ne doit jamais accepter une consultation plus ou moins dissimulée avec une personne qui exerce illégalement l'art de guérir.

14. — En cas de consultation, les médecins se feront un devoir d'arriver exactement à l'heure convenue ; le médecin consultant s'abstiendra rigoureusement d'examiner le malade en l'absence de son confrère. Toutefois, si le médecin traitant est en retard de plus de vingt minutes sans avoir donné d'avis ou d'explication préalable, et si le médecin consultant n'habite pas la localité, ce dernier aura le droit de procéder seul à l'exploration du malade, sauf à transmettre par écrit à son confrère ses observations et ses conclusions thérapeutiques. Il s'abstiendra, auprès de la famille, de

toute observation relativement à la médication antérieure.

15. — Le médecin appelé en consultation doit éviter soigneusement tout geste ou toute parole de nature à nuire au médecin traitant.

16. — La consultation sera secrète et aura lieu entre médecins seuls, à l'exclusion de toute personne étrangère.

Les résultats en seront communiqués à la famille au nom des médecins qui y ont pris part.

17. — Le traitement convenu est appliqué par le médecin traitant ; c'est à lui qu'appartient l'exécution des opérations ou pansements décidés, à moins qu'il ne préfère en charger un confrère.

18. — Le consultant ne doit pas revenir dans la maison en l'absence du médecin traitant, auquel il lui est interdit de succéder dans le courant de la même maladie — à moins que le médecin traitant ne l'y invite ou l'y autorise formellement.

19. — Le médecin qui remplace un confrère (villégiature, maladie, etc.) se comportera toujours avec la plus extrême délicatesse : il évitera avec le plus grand soin tout ce qui pourrait avoir pour but ou pour résultat de s'attirer la clientèle de celui qu'il remplace. Dès que le confrère absent ou empêché reprendra l'exercice de sa profession, ses clients lui seront remis avec les renseignements indispensables pour la continuation du traitement.

Si un malade exprime le désir d'être traité ultérieurement par le remplaçant, celui-ci ne peut accepter que le rôle de médecin consultant adjoint au médecin remplacé.

Le remplaçant ne peut succéder au médecin remplacé, dans toutes les maisons où il est entré pour compte de ce dernier, qu'après un temps à déterminer par les Cercles locaux et en tout cas après l'époque habituelle du règlement des honoraires.

20. — Les questions d'honoraires feront l'objet d'un accord amiable entre remplaçant et remplacé. La façon la plus convenable et la plus confraternelle pour le remplacé d'acquitter sa dette envers le remplaçant est de remplacer ce dernier à son tour avec le même dévouement et la même délicatesse pendant le même temps.

21. — Le cabinet du médecin est un terrain neutre où il peut donner une consultation à tous les malades qui la demandent, sauf le cas de l'article 18. Il va de soi que le médecin ainsi consulté ne se permettra jamais ni une observation, ni un geste de nature à nuire à un autre médecin.

22. — Le médecin qui ouvre un ou plusieurs cabinets de consultations en dehors de sa résidence pour faire une sorte de médecine ambulante contrevient aux lois de la dignité et de la bonne confraternité.

Les policliniques et les bureaux de consultation gratuite des hospices, bureaux de bienfaisance, etc., ne peuvent être tolérés qu'à condition de recruter leur clientèle exclusivement parmi les vrais pauvres. Les associations régionales sont compétentes pour apprécier à cet égard les règlements et le fonctionnement des susdites institutions gratuites.

Les chirurgiens qui opèrent gratuitement, dans un but de réclame, des malades riches logés à cet effet dans les « salles payantes » des hôpitaux, font acte d'indélicatesse professionnelle et contreviennent aux lois de la saine philanthropie, car ils donnent aux riches ce qui revient aux pauvres.

23. — Les médecins refuseront d'assurer le service médical de collectivités, sociétés de secours mutuels, etc., dont les statuts, tarifs d'honoraires, etc., seraient incompatibles avec la dignité professionnelle.

24. — L'appréciation des statuts, tarifs, etc., des mutualités, collectivités, administrations de bienfaisance, etc., est du ressort des Cercles locaux, sauf intervention de la Fédération quand il s'agit d'administrations centrales.

25. — En cas de vacature ou de création d'un emploi de médecin au service d'une administration publique ou d'une collectivité, la concurrence ne pourra s'établir sur le taux des honoraires.

26. — En cas de vacature d'un emploi, si le suppléant ou l'adjoint du titulaire décédé ou démissionnaire sollicite la place vacante, la bonne confraternité exige que ses confrères ne se mettent pas en concurrence avec lui, du moins si ce candidat, nommé par l'administration compétente, a rempli les fonctions d'intérimaire *cum spe successionis* et si son honorabilité est à l'abri de toute contestation.

27. — Il n'est permis à aucun médecin d'abuser de ses relations et influences politiques ou autres, pour se faire octroyer cumulativement plusieurs emplois rémunérés, à moins qu'il ne soit seul médecin dans la localité ou seul candidat à l'obtention de ces places.

28. — Le médecin qui sollicite ou accepte un emploi dans une commune autre que celle de sa résidence, alors que dans cette commune est domicilié un médecin auquel on refuse la place en question — pour des raisons étrangères à l'honneur personnel ou professionnel, — manque aux lois de la bonne confraternité.

29. — Il n'est permis à aucun médecin de faire ou de provoquer des démarches quelconques pour se substituer à un confrère.

30. — Les médecins militaires ne rechercheront pas la clientèle civile ; ils ne prendront donc point de patente, n'ouvriront pas de cabinet de consultation et ne pratiqueront, en dehors de l'armée, qu'en consultation ou à la demande d'un médecin civil. Cette interdiction ne s'applique pas aux soins désintéressés donnés à des parents ou à des amis.

31. — Le médecin se doit à lui-même et doit à ses confrères de faire rémunérer ses soins d'une façon convenable et digne.

32 — Le règlement des détails pour tout ce qui concerne les honoraires est de la compétence des associations régionales ; il est du devoir des membres de se confirmer scrupuleusement à cet égard aux décisions de leur Cercle.

33. — D'une façon générale, l'évaluation des honoraires aura pour bases la nature, le degré de gravité et la durée de la maladie, l'état de fortune du malade, la situation professionnelle du médecin, le travail effectué et l'importance du service rendu. Le médecin pourra aussi, jusqu'à un certain point, tenir compte du succès obtenu.

34. — Le médecin ne réclamera jamais d'honoraires pour soins donnés à un confrère ou à sa famille habitant sous le même toit.

34 *bis*. — Les médecins engagés dans la politique observeront en toutes circonstances les plus grands égards envers leurs confrères, aussi bien pendant les périodes électorales qu'au sein des assemblées délibérantes.

III. — *Devoirs envers le public et les pharmaciens.*

35. — Le médecin sera instruit, dévoué, patient, honnête, discret, compatissant.

36. — Il ne dévoilera jamais les secrets dont il est dépositaire, sauf en consultation avec d'autres médecins et quand l'intérêt du malade l'exige.

37. Il parlera le moins possible de ses malades à des tierces personnes.

38.—Il sera affable envers les pauvres, se gardera d'une obséquiosité servile envers les riches et soignera les uns et les autres avec le même dévouement.

39.—Dans les cas graves et difficiles il demandera un consultant qui prendra sa part de responsabilité.

40. — Il ne fera pas d'opérations dans un but exclusif de lucre ou de réclame ; chaque fois que l'indication d'une opération paraîtra se présenter, il en pèsera soigneusement les avantages et les inconvénients et prendra ensuite la détermination qu'il croirait devoir prendre s'il s'agissait d'un membre de sa plus proche famille.

41. — Le médecin fuira la réclame comme la peste : pas d'annonces même déguisées dans les journaux, pas *d'interviews*, pas de circulaires, pas d'af-

fiches, etc. Il se gardera d'inscriptions charlatanesques sur sa porte, la façade de sa maison, etc.

42. — Il ne prescrira pas de remèdes secrets ni de spécialités dont la composition qualificative ou quantitative est inconnue.

43. — Il se gardera d'envoyer des attestations élogieuses aux vendeurs de spécialités qui, en les publiant, le rendent complices de leurs réclames.

44. — Il ne couvrira jamais de son diplôme les exploiteurs quels qu'ils soient.

45. — Ses ordonnances seront claires, lisibles et conçues en termes tels que tous les pharmaciens puissent les exécuter. Il se gardera de conclure une association d'intérêts avec un pharmacien. A moins d'indignité notoire d'un pharmacien, il n'en exclura aucun et n'en recommandera pas davantage. Il s'abstiendra de critiquer le mode de préparation ou le prix des médicaments en présence de personnes étrangères à la médecine.

46. — Le médecin ne s'immiscera pas sans nécessité réelle dans l'exercice de la pharmacie et ne pratiquera le cumul que dans les conditions du *compromis médico-pharmaceutique de* 1868.

Ce projet est pris en considération. Il sera donc imprimé, envoyé à tous les membres qui auront naturellement le droit d'amendement. M. le Président invite les délégués à stimuler le zèle de leurs sociétés respectives, afin qu'elles mettent ce projet à l'étude sans tarder et qu'elles fassent connaître de bonne heure les amendements qu'elles se proposent d'y apporter.

(*Presse médicale belge.*)

REPORTAGE MÉDICAL

Un groupe de médecins et de chirurgiens de Paris et de la province a formé le projet de fonder une « Association Française des médecins et chirurgiens urologistes ». Un comité d'initiative s'est constitué ; il se compose de MM. Albaran (Paris), Audry (Toulouse), Carlier (Lille), Chevalier (Paris), Desnos (Paris), Eraud (Lyon), Estor (Montpellier), Guiard (Paris), Malherbe (Nantes), Pousson (Bordeaux), Vigneron (Marseille). La première réunion doit avoir lieu à Paris, vers le milieu d'octobre.

Les personnes que ce projet intéresse sont priées de s'adresser soit à M. le Dr Pousson, 9, rue Vital-Carles, à Bordeaux, soit à M. le Dr Desnos, 31, rue de Rome, à Paris. Le projet prévoit l'admission de correspondants étrangers.

— *Bourses de doctorat.* — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat, aura lieu, au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 26 octobre.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 17 octobre, à 4 heures.

En exécution des prescriptions de l'arrêté du 24 décembre 1891, les épreuves du concours consisteront en compositions écrites.

Se renseigner au secretariat.

— *Inscription des nouveaux étudiants en médecine à Paris.* — L'inscription des élèves nouveaux, pour l'année scolaire 1896-1897, aura lieu tous les jours, de midi à trois heures, au secrétariat de la Faculté, du 12 octobre au 15 novembre 1896.

La première inscription sera délivrée sur la production des pièces suivantes : 1° acte de naissance; 2° consentement du père ou tuteur (ce consentement doit indiquer le domicile du père ou du tuteur : la signature doit être légalisée. — La production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur) ; 3° diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) ; 4° certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ; 5° certificat de revaccination faite sous le contrôle de la Faculté.

Toutes ces pièces sont indispensables pour l'établissement du dossier scolaire.

Le Conseil de la Faculté de médecine de Paris a décidé que la revaccination aurait lieu : 1° à l'Académie de médecine, 41, rue des Saints-Pères ; 2° à l'Institut de vaccine animale, 8, rue Ballu.

Pour se présenter dans ces établissements, des bulletins individuels de revaccination obligatoire seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), tous les jours, de midi à trois heures.

— *Le secret des déclarations.* — M. le Dr H. Marais, de Honfleur, nous rapporte un fait vraiment scandaleux. Ce médecin va à la mairie de Honfleur déclarer la naissance d'un enfant né de père et de mère inconnus, c'était son droit absolu ; l'employé de la mairie, au lieu de faire son devoir en enregistrant cette déclaration, jugé à propos, de faire une enquête, et ayant découvert ainsi le nom de la mère, il l'inscrivit sur les registres, en modifiant de sa propre autorité le certificat de naissance. Ce fait scandaleux n'a pas besoin de commentaires.

— *La mortalité en Angleterre.* — D'après les relevés statistiques de la dernière période décennale, la mortalité générale a diminué de 2 p. 100 en Angleterre et dans le pays de Galles, sur la période précédente ; cette diminution porte sur les deux sexes et sur tous les âges, y compris la première enfance.

Au point de vue de la mortalité par maladies, il y a lieu de noter, dans le nombre des décès par phtisie pulmonaire, une diminution correspondant à 392 par million d'habitants. Un fait remarquable, c'est l'inversion qui s'est produite peu à peu dans la répartition des décès suivant le sexe. Tandis que jadis les femmes fournissaient le plus fort contingent des décès par tuberculose pulmonaire, aujourd'hui ce sont les hommes qui tiennent la tête, et cela depuis 1866 ; on peut même dire que cet excès de mortalité du sexe masculin va en s'accentuant de plus en plus, à tel point qu'il dépasse le chiffre de l'excédent féminin noté autrefois.

Un autre point à signaler, c'est l'augmentation des décès par cancer : 590 par million d'habitants contre 468 dans la période précédente, laquelle avait déjà une augmentation de 84 par million d'habitants. Ainsi donc, dans l'espace de trente ans, le chiffre des décès par cancer s'est accru de 206 par million.

Ajoutons que les statistiques récentes démontrent qu'en Angleterre la durée moyenne de la vie qui, au milieu de ce siècle, était de quarante ans pour les hommes et de quarante-deux ans pour les femmes, s'est élevée à près de quarante-quatre ans pour les premiers et à plus de quarante-sept pour les secondes.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4.116. — M. le docteur Vignes, à Corbeil (S.-et-O.), membre du Syndicat de Corbeil et de l'Association des médecins de Seine-et-Oise.

N° 4.117. — M. le docteur Berjoan, de Vinça (Pyrénées-Orientales), membre de l'Association des médecins des Pyrénées-Orientales.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Massin, de Pierre (S.-et-L.), Béranger, de Niort (Deux-Sèvres), et Boyron, d'Amagne (Ardennes), membres du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-Andr
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 42 17 octobre 1896

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

UNE NOUVELLE ŒUVRE DU CONCOURS MÉDICAL

Caisse des veuves et des orphelins du corps médical.

Chers confrères,

Sur la demande réitérée et pressante d'un certain nombre de membres de notre Société, le Conseil de Direction a recherché les moyens d'établir une *Caisse de pensions de droit* pour les veuves et orphelins du corps médical.

Malgré les difficultés que présente cette organisation, nous ne pouvions nous soustraire à cette étude et nous y avons consacré de nombreuses séances.

Grâce aux œuvres du *Concours*, avec la *Caisse de prévoyance*, le médecin gêné était assuré de sauvegarder ses intérêts, par la facilité qu'on lui donnait de continuer à payer ses primes ; par la *Caisse des pensions*, il s'assurait, à 60 ans, une pension ; par la *Société de protection*, il savait que si la passion du *devoir médical* le rendait victime de sa profession, ou infirme, il serait efficacement assisté ; par l'*Association amicale*, il pourrait braver le dommage matériel porté par le chômage professionnel. Restait le cas ou, marié, mourant avant sa femme, il la laisserait avec des ressources insuffisantes et le cas où, le père et la mère disparus, les orphelins seraient dans le besoin.

C'était ici, non l'intérêt personnel, mais l'*intérêt de famille* qui se trouvait en jeu ; c'était une grave préoccupation à atténuer, dans la mesure du possible, avec le moins de sacrifices pécuniaires qu'il se pourrait.

Le Conseil de Direction ne devait pas reculer devant cette tâche si difficile ; il devait en aborder courageusement l'étude, et en rechercher la solution. L'assemblée de 1895 lui avait fourni les ressources pécuniaires nécessaires, en laissant à sa disposition un excédent notable de l'actif disponible à l'assemblée générale de 1895.

Après de longues discussions sur la nature de l'œuvre, l'examen de l'économie d'un projet de *Caisse des veuves et orphelins* fut confié à M. *Léon Marie*, membre de l'institut des actuaires, qui avait, en 1892, établi les calculs de l'Association amicale, dont tous nos lecteurs connaissent le succès, la prospérité et les services qu'elle rend journellement.

Pour que nos lecteurs puissent se former une opinion, il nous faut, en conséquence, publier, d'abord, le travail de M. Léon Marie.

Mais, comme préambule, il faut aussi que nos confrères se rendent un compte exact des difficultés très grandes et des nécessités de l'œuvre. Il faut qu'ils se persuadent bien que ce n'est que par un sacrifice pécuniaire annuel, que le résultat désiré peut être obtenu ; que si l'éventualité pour laquelle ils s'assurent ne se réalise pas, ce sacrifice sera fait entièrement au profit de leurs confrères qui auront succombé d'une façon prématurée. Ils devront comprendre que, si leur

femme vient à décéder avant eux, ce malheur entraînera, avec la cessation du versement de la cotisation annuelle, le maintien au fonds de l'œuvre, des versements antérieurs.

Ce sont des nécessités, auxquelles il est impossible de se soustraire. en présence des dépenses auxquelles la *Caisse* devra pourvoir. Envisageons, en effet, le cas du décès d'un médecin de 35 ans, qui laisserait par exemple une veuve de 25 ans et aurait versé une prime. Par le fait de ce décès, l'œuvre ayant reçu, pour une demi-pension, 96 fr. ; pour une pension entière, 192 fr., aura à payer pendant vingt, quarante, soixante années même, à cette femme veuve, une pension de 300 ou de 600 fr. pour le service de laquelle la caisse devra immobiliser un capital, énorme par comparaison, de 10 et 20 mille francs (en calculant au 3 %).

En présence d'une pareille constatation, il faut bien faire toucher du doigt, la nécessité de l'abandon des sommes versées, au profit de la caisse, dans le cas où les assurés se trouveront au nombre des favorisés, au nombre de ceux qui auront le bonheur de ne pas succomber avant leur femme, ou qui resteront, après elles, pour protéger, par leur travail, les enfants qu'ils pourraient avoir, enfants auxquels ce n'est que s'ils devenaient orphelins de père et mère, que l'œuvre serait tenue de verser la pension prévue, jusqu'à dix-huit ans.

Il pourra se faire que, lorsque le médecin se marie, les deux familles qui vont s'allier, veuillent, de concert, faire acte de prévoyance, en versant, de suite, en totalité, les sommes nécessaires pour assurer la pension, la demi-pension, la pension double, à la veuve possible et s'il y avait lieu aux orphelins.

Supposons un mari de 30 ans et une femme de 25 ans. Dans cette circonstance, il faudrait que, d'un commun accord, on prélève sur la dot, pour la verser à la caisse, une somme de 1,330 fr. de 2,661 fr. ou de 5,322 fr. pour assurer à la nouvelle mariée, en cas de veuvage, une pension de 300, de 600, ou de 1,200 fr. reversible sur ses enfants, jusqu'à 18 ans, si elle venait à mourir elle-même.

N'est-ce pas un résultat appréciable que, ce sacrifice d'argent une fois accompli, puisse produire des résultats bien dignes des efforts de tout médecin prévoyant, désireux d'atténuer les coups du sort, qu'il doit envisager avec courage.

Ils sont peu nombreux, les médecins qui n'assurent pas leur maison et leur mobilier. Pourquoi seraient-ils plus nombreux ceux qui ne voudraient pas assurer leurs femmes et leurs enfants, contre l'éventualité, si fréquente, plus fréquente que l'incendie, de leur propre décès qui pourra laisser leur famille aux prises avec les exigences de l'existence, lorsque le chef ne sera plus là pour la protéger.

Il est certes digne d'éloges, l'homme prévoyant, qui s'assure une pension à un certain âge, une indemnité en cas de maladie ; mais combien plus méritant est celui qui, faisant abstraction de son intérêt présent, songe à la protection efficace des êtres qu'il aime. Nous espérons que nos confrères, après avoir lu cet exposé, reconnaîtront que le devoir familial n'a pas même la mort pour limite et qu'il se prolonge au delà.

Avant l'*Assemblée générale*, qui en délibérera, nos confrères, avant que nous passions de l'étude, à l'exécution, auront à nous communiquer leurs impressions, leurs observations et nous ne nous engagerons pas plus avant, si un nombre suffisant d'adhésions préalables ne venait pas nous assurer que notre nouvelle conception répond véritablement à un besoin réel de prévoyance médicale.

Le Conseil de Direction.

Note sur le projet d'une Caisse des veuves et orphelins du Corps médical français.

I

La *Caisse des veuves du Corps médical français* a pour but de servir des pensions aux veuves et aux orphelins des Sociétaires décédés. Le montant de la pension normale doit être de 600 fr. par an. Mais la Caisse pourra servir aussi des demi-pensions de 300 fr. et des doubles pensions de 1.200 fr. Toutefois, pour les raisons déjà exposées par moi, dans des travaux précédents, il sera prudent de ne constituer que des pensions normales, tant que le nombre des membres n'aura pas atteint un minimum à déterminer.

Les pensions des veuves devront être payées dès le décès du mari, et jusqu'à ce que la titulaire décède à son tour, ou jusqu'à ce qu'elle *contracte un nouveau mariage*. Les pensions des orphelins ne seront servies qu'après le décès du père et de la mère, tant que les titulaires seront vivants et jusqu'à ce qu'ils aient atteint l'âge de 18 ans révolus. Suivant le nombre des orphelins, et quel que soit d'ailleurs l'âge atteint par eux au moment du décès de leurs parents, la pension normale sera, par tête, de :

300 fr. pour un ou deux orphelins.
200 fr. pour trois orphelins.
150 fr. pour quatre orphelins.
120 fr. pour cinq orphelins.

et ainsi de suite, de telle sorte que, le total des pensions soit égal à 600 fr. pour chaque famille avec un maximum de 300 fr. par tête. Toutes ces pensions seront payées par trimestres égaux.

Dans le cas, d'ailleurs improbable, où l'actif de la Caisse deviendrait insuffisant pour équilibrer le passif, les pensions devraient évidemment être réduites en proportion des ressources disponibles.

Il est indispensable que l'admission des membres soit précédée d'un *examen médical*, établissant le parfait état de santé des postulants. Agir autrement serait courir au devant d'un déficit certain. Pour plus de sécurité, on peut aussi faire subir aux nouveaux Sociétaires un stage d'un an, pendant lequel ils ne jouiront pas du bénéfice de l'assurance.

Lorsqu'un Sociétaire cessera de verser les cotisations dues par lui, sa radiation s'imposera naturellement. Mais, trois systèmes différents peuvent être adoptés pour régler la situation réciproque de la *Caisse* et des membres ainsi radiés.

1° On peut restituer à ces membres une certaine somme, constituant la *Réserve* de leur compte, c'est-à-dire la partie de leurs cotisations, non encore utilisée, pour couvrir le risque couru par la *Caisse*.

2° On peut laisser subsister l'engagement pris par la *Caisse* à l'égard de la femme et des enfants, mais en réduisant le chiffre de la rente promise.

3° On peut enfin déclarer les familles des Sociétaires radiés, déchues de tous droits ultérieurs à la pension.

Ce dernier système est vraiment trop draconien et sa sévérité ne serait guère de mise dans une association confraternelle. Quant au premier, il aurait le très grave inconvénient d'offrir une prime immédiate à la désertion. Je crois donc qu'il faut les écarter l'un et l'autre, pour s'en tenir au second.

Mais, si l'on voulait établir mathématiquement ce qui devrait revenir aux femmes et aux enfants des Sociétaires décédés, après avoir seulement versé une, deux, trois..... cotisations, on serait amené à effectuer des calculs considérables.

Le montant de ces rentes réduites dépend, en effet, des âges du mari et de la femme, au moment de l'admission, ainsi que du nombre des cotisations payées, c'est-à-dire de *trois* éléments différents. Les barêmes de réduction seraient donc à triple entrée, et, dès lors, très volumineux. Il me semble, d'ailleurs, bien inutile de les établir. En pareil cas, une précision absolue n'est pas de rigueur et une approximation convenable suffit parfaitement. Or, cette approximation est facile à obtenir. On n'aura qu'à réduire la rente primitive, dans le rapport du nombre des cotisations versées au nombre de celles qui auraient été versées, si le plus âgé des deux conjoints avait atteint la limite extrême de la vie humaine, soit cent ans environ. Ainsi, deux époux âgés de 40 et de 35 ans, ayant payé 6 cotisations pour la rente normale, et qui cesseraient leurs versements, verraient la rente réduite aux six soixantièmes de 600 fr., c'est-à-dire à 60 fr. De même, après 20 cotisations, la rente réduite serait les vingt soixantièmes de 600 fr., ou 200 fr., et ainsi de suite.

Cette méthode, fort simple, donne des résultats très satisfaisants dans la pratique.

Toutefois, je crois qu'il serait bon de n'accorder la réduction proportionnelle qu'après le paiement de cinq cotisations au moins, pour éviter la constitution de rentes vraiment dérisoires. Pendant les quatre premières années, la cessation du paiement des cotisations entraînerait alors la radiation pure et simple.

II

Les avantages offerts par la *Caisse* à ses adhérents seront acquis en échange d'une cotisation qui pourra être :

1° *Unique* et par conséquent versée d'un seul coup au moment de l'admission ;

2° *Annuelle* et payable par semestres égaux, depuis l'admission, jusqu'au décès du Sociétaire ou de sa femme. Dans ce dernier cas, cependant, si le sociétaire restait veuf avec des enfants âgés de moins de 18 ans, le paiement continuerait, en faveur de ces enfants, jusqu'au décès du dernier d'entre eux, ou tout au moins jusqu'à ce qu'ils aient tous dépassé l'âge de 18 ans.

J'ai calculé le montant de la cotisation unique et de la cotisation annuelle que chaque adhérent devra payer pour équilibrer les charges apportées par lui à la collectivité. Naturellement ces cotisations dépendent, non seulement de l'âge atteint par les sociétaires, lors de leur admission, mais encore de l'âge atteint par leurs femmes à cette même époque. Théoriquement, il faudrait aussi faire entrer en ligne de compte l'âge des enfants déjà nés et même la probabilité de naissance de ceux qui peuvent survenir ultérieurement. Mais l'introduction d'éléments aussi complexes rendrait les calculs inextricables et j'ai négligé, tout d'abord, l'influence des pensions à servir éventuellement aux enfants, influence qui est d'ailleurs minime.

Je proposerai, plus loin, l'adoption d'une majoration uniforme qui permettra de faire face à cette catégorie de dépenses, d'une façon beaucoup plus simple.

J'ai donc calculé le montant des cotisations, comme si les veuves devaient seules bénéficier des pensions, et je n'ai effectué ces calculs que pour les âges compris entre 25 et 55 ans, car je pense qu'aucun candidat ne se présentera en dehors de ces limites. Quant aux âges des femmes, pour la même raison, je les ai supposés tous supérieurs à 20 ans, et j'ai admis un écart maximum de quinze années entre les deux époux. Ce serait accroître, sans nécessité réelle, un tableau déjà très étendu, que de reculer encore ces différentes limites. S'il se présentait d'ailleurs, par exception, un cas particulier pour lequel la cotisation n'aurait pas été calculée, il serait aisé de la faire établir dans les 48 heures.

La table de mortalité que j'ai adoptée est celle dite « des Assurés français » qui m'a paru la plus convenable dans le cas actuel, puisqu'il s'agit en réalité d'une assurance payable au décès des adhérents.

J'ai fait également usage du taux 3 %. La Société ne réalisera certainement pas ce taux sans difficultés, car la plupart des valeurs de premier ordre ne fournissent plus qu'un revenu moindre. Mais si les conditions économiques actuelles ne se modifient pas trop rapidement, et si la gestion des fonds est habilement conduite, on peut espérer atteindre encore, en moyenne, les 3 % que j'ai admis.

Les bases du calcul ainsi établies, j'ai déterminé les cotisations uniques et annuelles.

Mais ces cotisations n'assurent que les pensions des veuves, et les charges supplémentaires provenant des orphelins nécessitent aussi une contre-partie. Cette contre-partie serait évidemment insuffisante si elle devait être bornée

aux cotisations versées par les veufs, après le décès de leurs femmes et aux sommes abandonnées par les veuves remariées. J'estime qu'il faut, en outre, majorer les cotisations précédemment calculées d'environ 10 % pour obtenir un équilibre convenable.

Il faudrait encore majorer ces cotisations d'une certaine fraction pour les frais de gestion.

Le tableau ci-dessous fournit le chiffre des cotisations uniques et annuelles pour les pensions normales, les demi-pensions et les doubles pensions.

TABLEAUX

Ils ont été dressés pour tous les âges. Nous les reproduisons seulement de 5 ans en 5 ans.

AGES		DEMI-PENSION		PENSION NORMALE		DOUBLE PENSION	
		Cotisation		Cotisation		Cotisation	
du MARI	de la FEMME	UNIQUE	ANNUELLE	UNIQUE	ANNUELLE	UNIQUE	ANNUELLE
25 ans	25 ans	1.108 14	60 39	2.216 28	120 78	4.432 56	241 56
»	24 »	1.144 44	62 04	2.288 88	124 08	4.577 76	248 16
»	23 »	1.180 74	63 69	2.361 48	127 38	4.722 96	254 76
»	22 »	1.216 71	65 34	2.433 42	130 68	4.866 84	261 36
»	21 »	1.252 68	66 99	2.505 36	133 98	5.010 72	267 96
»	20 »	1.288 65	68 64	2.577 30	137 28	5.154 60	274 56
30 ans	30 ans	1.118 70	65 67	2.237 40	131 34	4.474 80	262 68
»	29 »	1.160 61	67 32	2.321 22	134 64	4.642 44	269 28
»	28 »	1.202 85	69 30	2.405 70	138 60	4.811 40	277 20
»	27 »	1.245 09	71 28	2.490 18	142 56	4.980 36	285 12
»	26 »	1.287 66	73 26	2.575 32	146 52	5.150 64	293 04
»	25 »	1.330 56	75 24	2.661 12	150 48	5.322 24	300 96
»	24 »	1.373 13	77 55	2.746 26	155 10	5.492 52	310 20
»	23 »	1.415 04	79 31	2.830 08	158 62	5.660 16	317 24
»	22 »	1.456 95	81 51	2.913 90	163 02	5.827 80	326 04
»	21 »	1.498 20	83 49	2.996 40	166 98	5.992 80	333 96
»	20 »	1.539 12	85 47	3.078 24	170 94	6.156 48	341 88
35 ans	35 ans	1.127 94	71 94	2.255 88	143 88	4.511 76	287 76
»	34 »	1.175 13	74 25	2.350 26	148 50	4.700 52	297 »
»	33 »	1.222 98	76 89	2.445 96	153 78	4.891 92	307 56
»	32 »	1.270 83	78 87	2.541 66	157 74	5.083 32	315 48
»	31 »	1.319 34	81 51	2.638 68	163 02	5.277 36	326 04
»	30 »	1.368 18	83 82	2.736 36	167 64	5.472 72	335 28
»	29 »	1.417 35	86 46	2.834 70	172 92	5.669 40	345 84
»	28 »	1.466 52	88 77	2.933 04	177 54	5.866 08	355 08
»	27 »	1.515 69	91 08	3.031 38	182 16	6.062 76	364 32
»	26 »	1.564 86	93 39	3.129 72	186 78	6.259 44	373 56
»	25 »	1.614 36	96 03	3.228 72	192 06	6.457 44	384 12
»	24 »	1.662 87	98 34	3.325 74	196 68	6.651 48	393 36
»	23 »	1.710 72	100 98	3.421 44	201 96	6.842 88	403 92
»	22 »	1.757 91	103 29	3.515 82	206 58	7.031 64	413 16
»	21 »	1.804 11	105 93	3.608 22	211 86	7.216 44	423 72
»	20 »	1.849 65	108 57	3.699 30	217 14	7.398 60	434 28
40 ans	40 ans	1.131 57	79 86	2.263 14	159 72	4.526 28	319 44
»	39 »	1.184 37	82 83	2.368 74	165 66	4.737 48	331 32
»	38 »	1.238 16	85 47	2.476 32	170 94	4.952 64	341 88
»	37 »	1.291 95	88 44	2.583 90	176 88	5.167 80	353 76
»	36 »	1.346 73	91 41	2.693 46	182 82	5.386 92	365 64
»	35 »	1.402 17	94 38	2.804 34	188 76	5.608 68	377 52
»	34 »	1.457 61	97 35	2.915 22	194 70	5.830 44	389 40
»	33 »	1.513 71	100 32	3.027 42	200 64	6.054 84	401 28
»	32 »	1.569 81	103 29	3.139 62	206 58	6.279 24	413 16
»	31 »	1.626 24	106 59	3.252 48	213 18	6.504 96	426 36
»	30 »	1.682 34	109 56	3.364 68	219 12	6.729 36	438 24
»	29 »	1.738 77	112 53	3.477 54	225 06	6.955 08	450 12
»	28 »	1.794 87	115 50	3.589 74	231 »»	7.179 48	462 »»
»	27 »	1.850 97	118 80	3.701 94	237 60	7.403 88	475 20
»	26 »	1.906 41	121 77	3.812 82	243 54	7.625 64	487 08
»	25 »	1.961 85	124 74	3.923 70	249 48	7.847 40	498 96

AGES		DEMI-PENSION		PENSION NORMALE		DOUBLE PENSION	
		Cotisation		Cotisation		Cotisation	
du MARI	de la FEMME	UNIQUE	ANNUELLE	UNIQUE	ANNUELLE	UNIQUE	ANNUELLE
45 ans	45 ans	1.125 63	90 09	2.251 26	180 18	4.502 52	360 36
»	44 »	1.183 71	93 39	2.367 42	186 78	4.734 84	373 56
»	43 »	1.242 78	96 69	2.485 56	193 38	4.971 12	386 76
»	42 »	1.303 17	100 32	2.606 34	200 64	5.212 68	401 28
»	41 »	1.364 22	103 95	2.728 44	207 90	5.456 88	415 80
»	40 »	1.425 93	107 36	2.851 86	214 72	5.703 72	429 44
»	39 »	1.488 63	111 21	2.977 26	222 42	5.954 52	444 84
»	38 »	1.551 66	114 84	3.103 32	229 68	6.206 64	459 36
»	37 »	1.615 02	118 47	3.230 04	236 94	6.460 08	473 88
»	36 »	1.678 71	122 43	3.357 42	244 86	6.714 84	489 72
»	35 »	1.731 73	126 06	3.463 46	252 12	6.926 92	504 24
»	34 »	1.806 75	130 02	3.613 50	260 04	7.227 »»	520 08
»	33 »	1.871 10	133 65	3.742 20	267 30	7.484 40	534 60
»	32 »	1.934 79	137 61	3.869 58	275 22	7.739 16	550 44
»	31 »	1.998 48	141 24	3.996 96	282 48	7.993 92	564 96
»	30 »	2.061 84	145 20	4.123 68	290 40	8.247 36	580 80
50 ans	50 ans	1.103 52	101 97	2.207 04	203 94	4.414 08	407 88
»	49 »	1 166 88	105 93	2.333 76	211 86	4.667 52	423 72
»	48 »	1.231 56	110 22	2.463 12	220 44	4.926 24	440 88
»	47 »	1.297 23	114 51	2.594 46	229 02	5.188 92	458 04
»	46 »	1.364 55	119 13	2.729 10	238 26	5.458 20	476 52
»	45 »	1.432 86	123 42	2.865 72	246 84	5.731 44	493 68
»	44 »	1.502 16	128 04	3.004 32	256 08	6.008 64	512 16
»	43 »	1.572 12	132 66	3.144 24	265 32	6.288 48	530 64
»	42 »	1.643 07	137 28	3.286 14	274 56	6.572 28	549 12
»	41 »	1.714 35	141 90	3.428 70	283 80	6.857 40	567 60
»	40 »	1.785 96	146 85	3.571 92	293 70	7.143 84	587 40
»	39 »	1.858 23	151 47	3.716 46	302 94	7.432 92	605 88
»	38 »	1.930 50	156 09	3.861 »	312 18	7.722 »»	624 36
»	37 »	2.002 77	160 71	4.005 54	321 42	8.011 08	642 84
»	36 »	2.074 71	165 66	4.149 42	331 32	8.298 84	662 64
»	35 »	2.146 98	170 61	4.293 96	341 22	8.587 92	682 44
55 ans	55 ans	1.060 62	116 16	2.121 24	232 32	4.242 48	464 64
»	54 »	1.127 94	121 11	2.255 88	242 22	4.511 76	484 44
»	53 »	1.196 91	126 39	2.393 82	252 78	4.787 64	505 56
»	52 »	1.268 19	131 67	2.536 38	263 34	5.072 76	526 68
»	51 »	1.340 46	137 28	2.680 92	274 56	5.361 84	549 12
»	50 »	1.414 71	142 89	2.829 42	285 78	5.658 84	571 56
»	49 »	1.489 95	148 50	2.979 90	297 »»	5.959 80	594 »»
»	48 »	1.566 84	154 44	3.133 68	308 88	6.267 36	617 76
»	47 »	1.644 39	160 38	3.288 78	320 76	6.577 56	641 52
»	46 »	1.722 60	165 99	3.445 20	331 98	6.890 40	663 96
»	45 »	1.802 13	171 95	3.604 26	343 90	7.208 52	687 80
»	44 »	1.881 99	177 87	3.763 98	355 74	7.527 96	711 48
»	43 »	1.962 18	184.14	3.924 36	368 28	7.848 72	736 56
»	42 »	2.043 03	190 08	4.086 06	380 16	8.172 12	760 32
»	41 »	2.123 55	196 02	4.247 10	392 04	8.494 20	784 08
»	40 »	2.204 40	201 96	4.408 80	403 92	8.817 60	807 84

III

Il ne suffit pas d'avoir établi le montant des cotisations, en s'appuyant sur des hypothèses vraisemblables. Il faut encore vérifier fréquemment l'existence et la permanence de l'équilibre nécessaire entre les charges et les ressources.

Je crois donc indispensable de dresser, au moins tous les deux ou trois ans, l'inventaire complet de la *Caisse*, établissant la *Réserve* de toutes les opérations en cours. Les résultats de cet inventaire, introduits dans le Bilan, permettront de déterminer d'une façon certaine la véritable situation active et passive. L'existence d'excédents ou de déficits persistants, serait extrêmement importante à constater, car elle indiquerait la nécessité d'une révision des cotisations initiales.

Il faut espérer d'ailleurs que les excédents seuls se produiront. Si leur importance est minime, il n'y aura pas lieu de modifier les chiffres actuels, au moins pendant une longue période, car la *Caisse* pourra, grâce à eux, constituer une Réserve de prévoyance, fort utile pour contrebalancer éventuellement l'insuffisance des revenus fournis par les placements et pour faire face aux charges imprévues, qui peuvent apparaître dans l'avenir.

Paris, le 1er juin 1896,

Léon Marie,
Membre agrégé de l'Institut des Actuaires français.

PROPOS DU JOUR

Lettre ouverte au Président d'honneur du Syndicat des Deux-Sèvres.

C'est le Concours médical qui nous a faits ce que nous sommes, disiez-vous l'autre jour, cher Président, en constatant le chemin parcouru par les médecins de votre région, dans la voie de l'entente professionnelle.

Merci pour notre Directeur et ceux qui l'ont entouré, aux heures difficiles de l'organisation, et dans les diverses phases des luttes soutenues.

Mais, merci surtout d'avoir un instant ramené nos yeux sur le passé, afin de nous faire mieux mesurer, ensuite, ce qui, dans notre tâche, est encore du domaine de l'avenir.

Nous en avons fini avec les insinuations et les attaques qui ont ému et surpris, mais ne détournèrent jamais le Conseil de sa mission.

Ce n'est d'ailleurs pas trop de toutes nos forces, pour atteindre le but poursuivi : solidarité absolue, intime, de **tous** les médecins, contre le danger, toujours croissant, créé par les menaces des collectivités et par la transformation des mœurs sociales ; c'est là que doit tendre, sans défaillance, l'effort de notre Société, uni à celui des syndicats. — Mais c'est peut-être plus encore par l'initiative et la propagande de chacun de ses membres, que la campagne de résistance et de salut du corps médical, doit poursuivre le cours de ses victoires.

Les difficultés du terrain, dans cette action individuelle, nous les connaissons, mais nous sommes trop éloignés pour les tourner ou les vaincre.

Il appartient vraiment à chacun de ceux qui sont convaincus, de rallier, parfois au prix d'une constante abnégation, les voisins, les rivaux de clientèle, même quand, aveuglés par l'intérêt particulier *du moment*, ceux-ci sacrifient volontairement l'intérêt professionnel commun, en nous rapetissant avec eux devant le public ou ses groupements. Là, comme ailleurs, « impossible, n'est pas français » : nous sommes fondés à le dire, puisque beaucoup, comme nous-mêmes, y sont parvenus. — Être membre du Concours médical ou d'un Syndicat, c'est s'engager à enseigner et à pratiquer, chaque jour, les préceptes de la déontologie : c'est s'enrôler comme militant, dans un corps d'élite qui porte le drapeau de la dignité, et de l'indépendance ; c'est répudier les perfides suggestions d'un égoïsme et d'un isolement calculé, qui ne satisfont pas la conscience et, par surcroît, amoindrissent gravement le caractère.

Si, à l'exemple du clergé, dont le rôle est si souvent comparé au nôtre, les médecins se décident ainsi à marcher la main dans la main, partout, toujours, tolérants, indulgents, et secourables les uns à l'égard des autres, rivaux peut-être, mais sans cesse camarades, les anciens accueillants et paternels pour les jeunes, ceux-ci respectueux pour les aînés, on verra un jour ce dont nous sommes capables, en vue du progrès social, de la préservation de la santé publique, et de tout ce qui préoccupe un pays comme le nôtre.

A tous ceux qui indifférents encore ou trop prompts au découragement, voient dans ce programme un rêve chimérique, nous répondrons, sans cesse, que la foi seule leur manque, et que, si un homme a groupé autour de cet idéal 4.000 médecins en vingt ans, ce gros noyau de collaborateurs acquis doit englober, un jour, tous ceux qui ont l'honneur d'exercer dignement la profession médicale en France.

Mais quand viendra ce jour ?

Cela dépend de l'activité des premiers missionnaires. Si tous imitent votre exemple, ce sera dans un avenir prochain, mon cher confrère.

En tout cas, nous restons fidèles à nos immenses et légitimes ambitions. Elles sont la raison d'être du « *Concours Médical* ».

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

La démorphinisation chimique.

M. *Erlenmeyer* (de Bendorf) a préconisé dans le *Progrès médical* une méthode de démorphinisation qui aurait l'avantage de supprimer les troubles gastriques et une partie des phénomènes douloureux, si pénibles, surtout au début du traitement.

On sait que les symptômes gastriques qui se montrent lorsqu'on supprime ou diminue plus ou moins rapidement la dose habituelle de morphine, ont une certaine ressemblance avec ceux de la dyspepsie hypéracide.

On trouve, dans les deux cas, non seulement les symptômes gastriques directs, tels que pesanteurs et douleurs intestinales, envies de vomir, vomissements, diarrhées et selles nombreuses ; mais on remarque également les symptômes indirects de sensation de chaleur au dos, d'inquiétude des membres et du tronc, d'impressions douloureuses aux jambes. C'est ainsi qu'Erlenmeyer a été amené à rechercher s'il n'existait pas dans l'estomac, au moment de la suppression de la morphine, cette même altération chimique que l'on trouve dans la dyspepsie hypéracide, c'est-à-dire un surplus d'acide hydrochlorique. Ces suppositions se réalisèrent. En effet, au moment de la démorphinisation, lorsque le malade ne reçoit plus ou presque plus de morphine. et que les symptômes de sevrage sont les plus violents, on a trouvé, par le sondage, dans l'estomac, un excédent considérable d'acide hydrochlorique.

La raison de cet état gastrique, dans la démorphinisation, a été donnée par l'expérimentation.

Chez une personne habituée à se faire des injections sous-cutanées de morphine, une partie du médicament pénètre dans l'estomac, et, en traversant les parois, elle produit une morphinisation des glandes sécrétoires. Cet état devient à peu près permanent. En conséquence les glandules cessant leur fonction, c'est-à-dire ne produisant plus d'acide hydrochlorique, il en résulte, pendant la morphinisation, un état anacide de l'estomac.

Après la suppression ou la diminution de la morphine, l'estomac ne recevant plus ou presque plus de morphine, il se produit un état inverse ; les glandes reprennent leurs fonctions

et produisent un véritable flux d'acide hydrochlorique. Ces flots d'acide, en se portant sur les nerfs, leur donnent une irritation extraordinaire, dont le résultat est un trouble local gastrique et général, la venue des symptômes soi-disant de suppression : vomissements, coliques, diarrhée, chaleurs, inquiétudes des membres et du tronc, insomnie, accélération du pouls. Il est inutile de dire que les symptômes nerveux — outre les symptômes gastriques — sont des effets réflexes, primitivement produits par l'irritation des nerfs gastriques, puis par la propagation de cette irritation sur les autres voies du système nerveux.

Si l'on admet ces données, il n'est pas difficile de trouver un traitement rationnel. Il consiste dans la neutralisation sur place de l'excès d'acide.

Hitzeg, le promoteur de la méthode, vidait l'estomac avec la sonde et le lavait avec de l'eau alcaline. Il obtint alors la disparition de tout ce syndrome qu'on appelle en Allemagne « symptômes d'abstinence ».

Comme l'évacuation de l'estomac au moyen du sondage est un procédé peu agréable et que les malades, au moment du sevrage, moment où ils sont, en tout cas, nerveux, ne peuvent pas toujours en supporter les inconvénients, M. Erlenmeyer renonça à l'emploi de la sonde et prescrivit au moins un litre par jour d'une eau alcaline forte.

L'effet de cette médication fut des plus remarquables : aucun des symptômes gastriques directs n'apparût : ni vomissements, ni coliques, et au lieu de la diarrhée, qui dans les cas traités précédemment causait de si grands malaises, il y eut de la constipation. Quant aux symptômes nerveux réflexes, ou il n'y en eut point, ou ils furent si peu accusés que les malades n'en souffrirent pas.

Depuis trois ans, M. Erlenmeyer a guéri ainsi plus de 30 malades.

Il est bon de faire remarquer, néanmoins, que le désir de morphine, la morphinomanie persiste, de telle sorte que si les malades ne souffrent plus matériellement de la démorphinisation, ce désir a besoin, pour être entièrement enrayé, de la psychothérapie et de la suggestion.

La phlébite précoce chez les tuberculeux.

D'après le Dr *Callais*, dans sa thèse inaugurale, il existe une phlébite précoce des tuberculeux différente de la phlegmatia alba dolens des cachectiques.

Il est probable que c'est une infection directe de la veine par le bacille de Koch.

Au point de vue clinique, elle revêt une physionomie un peu spéciale. Phlébite limitée, superficielle, localisée presqu'exclusivement aux membres inférieurs ; réaction générale faible ou nulle, guérison rapide au bout de 15 à 20 jours, sans laisser de traces.

Le pronostic en est bénin ; il n'y a pas eu d'embolies dans les cas que M. Callais a examinés.

Au point de vue diagnostic, il est impossible de distinguer cette forme de certaines phlébites qui se montrent chez les chlorotiques fébriles ; ceux-ci sont parfois des tuberculeux au début et ils ont une phlébite précoce.

Son étude anatomique est encore à faire. Cependant, de par sa marche, elle paraît être une phlébite non oblitérante, une périphlébite.

Son traitement ne comporte sans doute aucune indication particulière.

MÉDECINE PRATIQUE

Le lavage du sang.

(*Suite et fin*)

II

APPLICATIONS AUX DIVERSES MALADIES.

Les maladies et intoxications auxquelles on a appliqué les lavages du sang sont déjà nombreuses et les résultats qu'on en a obtenus sont vraiment fort encourageants : le choléra, la fièvre typhoïde, la pneumonie, la septicémie péritonéale post-opératoire, l'infection urineuse, l'urémie, la gastro-entérite des nouveau-nés, le tétanos, les anémies graves post-hémorrhagiques et presque tous les empoisonnements, en particulier l'intoxication oxy-carbonée.

Nous ne reprendrons pas l'histoire de la cure du choléra par les transfusions veineuses d'eau salée: personne ne songe plus à en nier l'efficacité, car les cas de guérison, par ce procédé, sont très nombreux.

Pendant l'injection, la température, qui était très basse, augmente progressivement. Pour que ce fait se produise, il faut déjà que l'on ait injecté de 400 à 500 centimètres cubes de sérum artificiel ; cette augmentation de la température coïncide avec le réchauffement général du malade. Pendant l'injection, les malades n'urinent habituellement pas, mais il survient, fréquemment, des vomissements et de la diarrhée.

Si cela ne se produit pas pendant l'opération, il faut s'y attendre après.

L'injection produit, tout d'abord, un apaisement général, puis, apparaît une véritable réaction fébrile. C'est une demi-heure ou une heure après l'injection que se montre la crise. Le pouls devient fréquent, la respiration s'accélère, le malade a un moment d'anxiété ; puis, tout d'un coup, éclate un violent frisson.

Le malade est secoué dans son lit : il a une sensation de froid très pénible et très accentuée, le nez se pince, les yeux se creusent, la face est pâle, il y a un abattement complet et c'est à ce moment que se produisent surtout la diarrhée et les vomissements.

On observe de l'excitation du côté des centres nerveux, du délire quelquefois et, en même temps, la température s'élève et passe de 35°, point qu'elle atteignait au début de l'injection, à 39°. On arrive donc peu à peu et en très peu de temps à une phase de chaleur. La physionomie est vultueuse, l'œil injecté, la respiration fréquente, bruyante, haletante, courte, le pouls s'accélère. Il y a une surexcitation générale avec loquacité. La diarrhée et les vomissements continuent.

Peu à peu, au bout de 30 à 40 minutes, les phénomènes de réaction vont en diminuant, mais la température se maintient, au-dessus de la moyenne, pendant près de trois heures. Pendant ce temps, il y a une diminution lente et

progressive de tous ces phénomènes réactionnels.

Cette réaction joue un rôle critique, elle est marquée par des sueurs abondantes, des mictions répétées, des évacuations intestinales.

Tout cela se fait en 3 ou 4 heures.

Un premier résultat obtenu est le retour de la température à la normale, et ce retour se maintient. Le malade respire bien, il est calme, chaud et le pouls est ample, régulier. Généralement la guérison survient avec quelques troubles plus ou moins passagers, mais qui n'ont pas grande importance. Il ne faudrait pas croire qu'il en soit ainsi pour tous les cas de choléra.

Si les symptômes de réaction signalés plus haut ne se produisent pas, l'état général devient de suite extrêmement grave et la mort est rapide. Même après la phase de réaction, les manifestations morbides primitives peuvent reprendre le dessus et la terminaison fatale en est la conséquence (1).

Les injections intra-veineuses de sérum artificiel peuvent donner dans la dothiénentérie des améliorations considérables et aider à la guérison. Plusieurs observations, dans des cas graves, en témoignent d'une manière formelle. Les phénomènes réactionnels sont les mêmes que dans le choléra, ils peuvent même acquérir une très grande intensité, ce qui ne doit pas effrayer le médecin.

Dans une récente thèse de Lyon, M. le Dr *Giraud* cite des cas d'hémorrhagie grave due à la fièvre typhoïde, remarquablement guéris par les injections sous-cutanées de sérum artificiel.

Parmi les divers faits qu'il cite, une observation de M. le Dr Devic est surtout remarquable : un enfant dans une prostration complète, avec hypothermie et paraissant sur le point de succomber, après plusieurs hémorrhagies intestinales, reçut deux injections l'une de 300 centim. cubes, l'autre de 200 centim. cubes.

Le liquide employé fut le suivant :

Eau distillée.........	1000 centimètres cubes.
Phosphate de soude..	6 grammes.
Chlorure de sodium..	6 grammes.

Avant la piqûre avec le trocart, le pouls était à 38 au quart. Dix minutes après l'injection, il est tombé à 32 et une demi-heure après à 25. L'arythmie, en outre, avait à ce moment presque totalement disparu. La résorption a été rapide, l'enfant a poussé seulement quelques cris.

La dernière injection, faite deux jours après, confirma l'amélioration, qui persista ensuite.

M. Giraud fait remarquer d'ailleurs que cette méthode n'est pas applicable seulement aux cas, où il existe des hémorrhagies intestinales. On en a eu de remarquables résultats dans des cas très graves, mais où cette complication n'existait pas ; et un fait très particulier, c'est que l'injection peut abaisser la température alors qu'elle la relève lorsqu'il y a hypothermie, ce qui s'explique si l'on admet que la méthode agit par une action régulatrice sur les phénomènes de calorification. Un fait cité par Kirstein en est un exemple.

Cet auteur relate que chez un typhique, dont l'état semblait désespéré, l'introduction de sérum artificiel (eau salée) eut une véritable action antipyrétique. Après deux hémorragies considérables, la température restait élevée à 40 degrés et le malade était dans une anémie aiguë si avancée que la mort semblait imminente. A la suite d'une transfusion saline de 600 centimètres cubes, pratiquée à 8 heures du soir, le pouls tomba de 160 à 130, acquit une tension supérieure et le collapsus disparut. A 10 heures la température était tombée à 37°2, c'est-à-dire avait baissé de 2°8. Quelques jours après, la fièvre ayant reparu, une nouvelle transfusion semblable amena encore un abaissement thermique de 41 à 38 degrés, 3 degrés en 2 h. 1/2 environ. Depuis, l'état général s'améliora continuellement et le malade guérit.

Il est bien certain que les résultats obtenus par ces injections, sont bien plus rapides et plus efficaces, lorsqu'elles sont faites par la voie intra-veineuse et non pas, comme on le pratique ordinairement, par la voie hypodermique.

En partant de ce point de vue, en se basant, d'autre part, sur les affirmations d'un certain nombre d'auteurs et notamment de Bernheim, d'après lequel les injections hypodermiques, dans l'éclampsie, ne donnent pas de résultats appréciables, Coen eut l'idée de recourir à des injections intra-veineuses dans un cas grave d'éclampsie puerpérale. Après que la malade avait déjà eu vingt accès convulsifs, dans l'intervalle desquels elle restait dans un coma profond et continu, il pratiqua deux injections intra-veineuses, à l'intervalle d'un jour ; la quantité de solution de chlorure de sodium injectée était de 3000 grammes et la concentration du liquide de 0,75 p. 100. Après la première injection, la malade eut encore cinq attaques ; mais après la deuxième, les attaques ne se reproduisirent plus. Les phénomènes menaçants diminuèrent rapidement de gravité et, dix jours après, la malade fut parfaitement guérie. (*Ann. di Ostet. e Ginec.*, n° 6, 1896.)

En raison de la déperdition rapide, occasionnée par la diarrhée, on a fait des tentatives chez les nourrissons, avec les injections de sérum artificiel.

Les injections se font ou à la peau du ventre ou à la fesse dans la région rétro-trochantérienne ; les aiguilles doivent être flambées et les seringues stérilisées. On piquera la peau obliquement et on pénétrera profondément dans le tissu cellulaire sous-cutané ; ou mieux même, si l'on peut, dans les masses musculaires ; la solution sera poussée lentement, et on massera ensuite la région pendant quelques minutes, pour aider à la résorption du liquide.

Dans les cas d'infection gastro-intestinale aiguë (type pyrétique ou diarrhées toxi-infectieuses, type algide ou choléra infantile), on injectera de grandes quantités de liquide, 30 grammes au moins, trois fois par jour, et on s'adressera de préférence au sérum de M. Hayem ou à la solution saline. Il s'agit dans ces cas, en effet, d'obtenir en même temps qu'un effet stimulant la résorption d'une grande quantité de liquide (c'est dans ce but qu'on doit donner en même temps de grands lavements d'eau).

Dans les cas d'infection gastro-intestinale chronique (athrepsie de Parrot), on pourra avoir recours aux mêmes doses des mêmes solutions, quand la diarrhée est abondante et les tissus

(1) *Monde médical.*

fortement déshydratés ; quand les symptômes de prostration dominent, on fera une ou deux fois chaque jour. des injections sous-cutanées de 3 à 5 grammes de la solution saline à 7 pour 1000, ou mieux du sérum de Chéron :

Acide phénique neigeux........	1 gr.
Chlorure de sodium pur........	2 gr.
Phosphate de soude............	6 gr.
Sulfate de soude..............	8 gr.
Eau distillée stérilisée..........	100 gr.

Cet observateur, en effet, attache plus d'importance, dans ces cas où l'on veut relever l'énergie de l'organisme, à la densité du liquide injecté qu'à sa quantité. M. Thiercelin a pu voir fréquemment des enfants arrivés aux derniers termes de l'athrepsie, atteints d'infection gastro-intestinale chronique avec infections secondaires, être soutenus grâce aux injections hypodermiques assez longtemps pour permettre au traitement antiseptique d'avoir raison de l'infection.

Les effets physiologiques produits par ces injections devront être surveillés de près, car, après avoir obtenu une excitation de bonne nature, on pourrait, en continuant, dépasser le but et produire chez l'enfant un énervement que la suppression des injections sous-cutanées fera cesser. On a vu souvent des petits enfants débiles qui, grâce à l'excitation des injections sous-cutanées, ont rapidement augmenté de poids, mais chez qui, en continuant celles-ci, on produisait un état d'excitation inquiétant, cris, insomnie, qui disparaissait dès que les injections étaient supprimées : on produisait ainsi un véritable surmenage. Chez les petits enfants chétifs, nés avant terme, lents à se développer, une injection pratiquée chaque jour avec 2 ou 3 c. c. de sérum artificiel excitera l'organisme et les fonctions vitales, mais elle devra être supprimée dès que ces fonctions s'accompliront normalement (digestions parfaites, augmentation de poids), quitte à reprendre ces injections quotidiennes, si la balance indiquait un ralentissement dans l'accroissement.

En ce qui concerne la pneumonie, les résultats obtenus ont été jusqu'ici assez contradictoires ; de nouvelles recherches sont nécessaires pour qu'on puisse se prononcer.

En revanche, on a obtenu des succès inespérés dans les infections chirurgicales consécutives aux interventions abdominales par exemple. Michaux, Lejars et Tuffier ont rapporté un certain nombre de cas où la guérison est survenue, alors que l'état des malades était complètement désespéré ; facies abdominal, refroidissement des extrémités, pouls incomptable, abaissement thermique, etc. Après une saignée de 2 à 300 grammes, on injectait 500 grammes de solution salée et dans un grand nombre de cas la guérison est survenue après quelques petits incidents.

L'important, quand on tente ce genre de lavage, est que le rein soit perméable, parce que, on est obligé d'injecter parfois des doses colossales pour lutter contre la maladie.

Voici quelques exemples cités par le *Monde médical* :

M. Lejars, dans un cas de péritonite consécutive à une perforation intestinale, a injecté 26 litres de sérum artificiel, en neuf jours.

Dans un autre fait d'ostéomyélite aiguë du fémur gauche, avec état général très alarmant, 14 litres de sérum furent injectés en cinq jours et au bout de ce temps, les phénomènes généraux s'amendèrent.

Chez un homme de 52 ans renversé par un train et ayant le pied gauche et le bras droit broyés, en plein délire, avec frisson, fièvre, etc., on injecta en 5 jours 14 litres 1/2 de sérum et malgré une double amputation, ce malade est aujourd'hui complètement guéri.

Comme manuel opératoire, Lejars se sert d'un bock en verre avec tube en caoutchouc terminé par une canule en verre effilée que l'on introduit dans la veine incisée après avoir soigneusement expulsé l'air de la canule. En général, peu d'accidents consécutifs à craindre du côté de la veine, si tout est fait d'une manière antiseptique.

Le docteur Tuffier a essayé le lavage du sang dans trois cas de tétanos cervico-céphalique. Il a commencé par pratiquer une saignée de 500 grammes qu'il a remplacés par une quantité égale de sérum artificiel. Au bout de trois à quatre injections, ces malades sont tous guéris. Des faits semblables ont été rapportés par nombre d'auteurs.

D'autres essais ont été faits dans les septicémies puerpérales. Dans un cas datant de 15 jours, une injection sous-cutanée de 500 c. cubes de sérum artificiel amena la disparition de tous les phénomènes. Dans l'heure qui suivit l'injection, la réaction que nous avons signalée se produisit, puis la température descendit progressivement jusqu'à la normale où elle ne cessa de se maintenir.

— M. Chauffard, tout récemment, et d'ailleurs dans un tout autre but, a tenté l'infusion veineuse d'eau salée chez un sujet atteint de tachycardie paroxystique, avec abaissement énorme de la tension vasculaire.

Les résultats de cette intervention ont été satisfaisants, et on a constaté un relèvement notable de la pression artérielle.

— Tout récemment, M. *L. Brodier* a rapporté une remarquable observation de guérison d'intoxication oxy-carbonée par les injections intraveineuses de sérum artificiel, que nous citons presqu'en entier :

Le nommé P..., âgé de 31 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Hallopeau, à 9 heures du matin. Il a voulu s'asphyxier par l'oxyde de carbone, hier soir, et a été trouvé sans connaissance ce matin. Il est dans le coma ; néanmoins, les réflexes sont conservés. Les yeux sont fermés. Les mâchoires sont fortement serrées l'une contre l'autre et on peut difficilement introduire dans la bouche le tube d'un ballon d'oxygène. Respiration accélérée (44 mouvements respiratoires par minute) ; l'inspiration est courte et brusque, l'expiration est longue et bruyante. Par moment le stertor devient plus intense, le nombre des mouvements respiratoires augmente (52 par minute) ; et pendant cette période qui dure 4 ou 5 minutes, il se produit un tremblement des avant-bras, rythmé comme la respiration. On constate en même temps du nystagmus. Pouls fréquent et mou. Température normale.

L'état du malade est jugé si grave que la transfusion sanguine est considérée comme inutile. On ordonne des inhalations d'oxygène et des injections d'éther. A 3 heures de l'après-midi,

l'état est le même ; le coma persiste, la respiration est toujours stertoreuse, mais moins accélérée (23 respirations par minute) ; les mouvements des avant-bras ont disparu ; le nystagmus persiste. C'est alors que, d'après les conseils et avec l'aide de notre ami M. Jourdan, M. Brodier a eu recours à la transfusion saline. Un litre de sérum artificiel de M. Hayem est injecté à la température de 37° dans la veine médiane céphalique gauche ; l'opération dure 20 minutes. Un quart d'heure après, il se produit un violent frisson de peu de durée. On note ensuite deux vomissements bilieux et des sueurs abondantes. La température s'élève à 40°2 ; le pouls devient plus ample et moins dépressible ; le malade a une garde-robe involontaire.

Deux heures après, aucune amélioration ne s'étant produite, on injecte de nouveau, dans la même veine, un litre environ de la solution saline. Le cathétérisme fournit 400 grammes d'urine claire contenant une petite quantité d'albumine et de sucre.

A 11 heures du soir, le trismus a cessé, la respiration est calme et régulière. Un nouveau cathétérisme donne 800 grammes d'urine. Le coma a fait place à une somnolence, dont on parvient assez facilement à faire sortir le malade ; cette somnolence s'efface complètement le lendemain.

Les jours suivants, le malade se plaint d'une violente céphalalgie frontale, de courbature et d'anorexie ; il a encore de la rétention d'urine et présente, par moments, un tremblement rapide des membres inférieurs. On ne constate aucun trouble de l'intelligence, ni de la sensibilité. La glycosurie n'existe plus ; l'albumine persiste encore huit jours et disparaît. Le malade, complètement guéri, quitte l'hôpital douze jours après son entrée.

Telles sont les principales affections dans lesquelles les injections de sérum artificiel ont été employées avec succès. D'une manière générale, elles peuvent être légitimement essayées dans toutes les infections, dès que la température monte au-dessus de 39°4 et lorsque cette ascension est l'indice d'un processus morbide inquiétant et non d'une réaction passagère. On y joindra naturellement les traitements habituels, locaux.

« La gravité du cas, dont le clinicien est seul juge, guidera son intervention : les injections intra-veineuses ou sous-cutanées (celles-ci aussi abondantes) donnent souvent les mêmes résultats ; il est ordinairement nécessaire d'y revenir à plusieurs reprises, souvent de pratiquer deux injections ou même plus dans la journée. Nous ne saurions conseiller les doses énormes (jusqu'à six litres par jour) employées par quelques chirurgiens, d'ailleurs, avec succès : ne pourrait-on craindre des accidents en employant d'une façon si violente une méthode encore si mal connue dans son mode d'action ? Une certaine réserve doit nous arrêter : trois litres par jour (chaque injection ne dépassant pas 1 litre 1/2) semblent suffisants pour obtenir un effet favorable, lorsque celui-ci est possible. Ce n'est, d'ailleurs, qu'une plus grande expérience, qui donnera des renseignements précis sur la dose la plus utile » (1).

Il pourra être bon, dans tous les cas, de combiner l'emploi des voies intra-veineuses et sous-cutanées, celles-ci pouvant entretenir l'effet produit par l'hématocatharsie : dans des cas très graves, on n'attendra pas, après une première chute de température, une ascension nouvelle pour pratiquer une nouvelle injection pouvant être de quantité moindre.

Quant à la saignée préalable, la question de son utilité est encore à résoudre. Pour nous, nous ne la conseillons que dans les cas d'éclampsie et d'empoisonnements. Pour toutes les infections elle doit être nuisible, en retirant de l'organisme, au moment même où il est appelé à réagir, un certain nombre d'éléments de lutte, de cellules qui pourraient servir pour la phagocytose.

La méthode des injections de sérum artificiel n'est pas dangereuse ; elle est donc rarement contre-indiquée. Dans les cas d'anémie aiguë, de shock traumatique ou opératoire, c'est le seul moyen de traiter efficacement de véritables moribonds : on *doit* l'employer.

Dans les infections, il faudra toujours surveiller l'état des reins, du cœur, des poumons. Il y aurait peut-être danger à injecter brusquement une grande quantité de liquide chez un sujet dont les reins, profondément altérés, ne pourraient éliminer l'excès d'eau introduite, d'autant que le système vasculaire est alors plus ou moins troublé, se laisse distendre plus facilement, et que le cœur est moins bon : il faut alors agir lentement et prudemment, par la voie sous-cutanée, de préférence. Dans les cas d'œdème d'origine cardiaque, il vaudra mieux s'abstenir.

« Chez les enfants, dit M. Claisse, la dose sera naturellement proportionée à l'âge, au poids du sujet : les injections de 10 centimètres cubes, multipliées dans la journée, sont appliquées depuis longtemps dans la thérapeutique infantile, dans les affections gastro-intestinales, par exemple. On doit surveiller avec soin l'état général : Hutinel a insisté sur les congestions produites par cette méthode, au niveau des foyers tuberculeux, sur la généralisation même d'une tuberculose locale. La tuberculose, surtout au début, semblerait donc, même chez l'adulte, réclamer une grande réserve.

« Les grandes injections d'eau salée doivent évidemment n'être employées qu'avec discernement et prudence, comme tout moyen thérapeutique puissant. Mais nous avons en elles un agent qui, logique en théorie, appuyé sur l'expérimentation et sur les faits cliniques, peut donner les plus heureux résultats dans des cas qui semblaient au-dessus des ressources de la médecine. »

III

Avant de terminer cette étude du lavage du sang et des injections de sérum artificiel, nous dirons quelques mots d'une méthode préconisée par M. le Dr *Henri Barré*, sous le nom de désintoxication du sang et qui consiste dans l'*emploi simultané* de la saignée et des injections de sérum artificiel.

Comme l'indique M. Barré, cette méthode se trouve le plus souvent indiquée dans les maladies d'infection et d'intoxication : urémie ; éclampsie ; asystolie ; diphtérie (quand le sérum de Roux est insuffisant) ; pneumonie infec-

(1) A. Claisse. *Revue de chirurgie.*

tieuse ; bronchite capillaire ; ictère malin ; péritonite aiguë généralisée ; méningite cérébro-spinale ; fièvre typhoïde ; rougeole ; variole ; scarlatine ; fièvre puerpérale ; accidents cérébraux du rhumatisme et de la goutte ; empoisonnements aigus, volontaires ou non, par les alcaloïdes ; brûlures étendues de la peau, etc. ; en résumé, dans tous les cas où l'on peut supposer que le danger réside autant ou plus dans l'intoxication de l'économie, que dans les lésions matérielles des organes eux-mêmes.

« Dans toutes ces maladies on constate une diminution considérable, sinon une cessation de la fonction urinaire : la *désintoxication du sang* aura donc pour but immédiat : 1° d'éliminer *artificiellement* une certaine quantité de toxines ; 2° de tendre à achever d'éliminer celles-ci complètement en *rétablissant la sécrétion urinaire*.

« *Courte description*. — Les instruments nécessaires se composent essentiellement de deux tubes de caoutchouc terminés à une de leurs extrémités par une aiguille d'un diamètre un peu supérieur à celle de la seringue de Pravaz. Le plus long de ces tubes (1 m. 50 environ) amène dans une des veines du bras le sérum artificiel d'un vase gradué placé à un niveau plus ou moins élevé suivant que l'on veut ou non accélérer l'entrée de ce liquide dans le système veineux. L'autre tube (1 mètre) dont l'aiguille est enfoncée dans une des veines de l'*autre* bras est en communication avec un vase gradué, comme le premier, où le vide a été fait préalablement. C'est celui-ci qui sert à l'extraction du sang.

« On règle l'écoulement en sens inverse des deux liquides de façon qu'il n'entre pas plus de sérum qu'il ne sort de sang, afin que le système circulatoire étant toujours également rempli, la *pression artérielle* ne soit pas diminuée, comme elle l'est à la suite des saignées ordinaires.

« La quantité de sérum introduit et par conséquent de *sang dilué* retiré peut varier de 500 grammes à 1 litre (pour un adulte) suivant le degré d'intoxication.

« Comme on le voit, cette méthode de la *désintoxication du sang* diffère sensiblement d'une autre méthode dite du *lavage du sang* qui est appliquée depuis quelque temps, de préférence dans le cas d'infections chirurgicales. Cette différence consiste surtout dans la *contemporanéité* de l'injection et de la saignée ; *contemporanéité* grâce à laquelle le malade n'éprouve aucune secousse dans son système circulatoire, ce qui permet, si la mort par intoxication paraît imminente, de retirer une *plus grande* quantité de sang, par conséquent de *désintoxiquer* davantage l'organisme sans le moindre danger pour le malade.

« *Phénomènes consécutifs*. — En effet, cet échange de liquides se faisant très lentement (en trente ou cinquante minutes) la réaction n'est pas brusque ; c'est insensiblement que les accidents graves se calment, puis disparaissent presque entièrement et sont bientôt suivis d'un sommeil réparateur.

« A son réveil, le malade manifeste le besoin d'uriner ; parfois quelques sueurs accompagnent ce rétablissement de l'urination, comme dans les *crises naturelles*.

« Dans les trois seuls cas (deux d'urémie, un de pneumonie infectieuse) où on a appliqué la méthode, alors que tout avait été inutile et que la mort menaçait à brève échéance on a obtenu une amélioration rapide. Non seulement les symptômes inquiétants ont cessé, mais à la suite de la *crise urinaire* ils ne se sont pas reproduits et les malades ont marché rapidement vers la guérison. »

D'après M. Barré, la saignée élimine rapidement les toxines et l'injection de sérum artificiel empêche la masse sanguine de diminuer de quantité, ce qui favorise la diurèse et garantie contre l'absorption de nouvelles quantités de toxines. De plus, les sels alcalins du sérum artificiel ont une action favorable sur l'état bactéricide du sang.

D[r] PAUL HUGUENIN.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical des Deux-Sèvres

Le 21 septembre 1896 le Syndicat médical des Deux-Sèvres a tenu, à Parthenay, sa réunion d'automne.

Président : D[r] Boudard.

Cette réunion avait été précédée d'un banquet offert au D[r] Pillet de Niort, premier président fondateur du syndicat, en témoignage de son dévouement aux intérêts du Corps médical.

Présents : Les D[rs] Pillet, Guinebertière, Verlet, Quinemant, Charrier, Grassin, Bégusseau, Solon, Clais, Gaillard, Corneille Saint-Marc, Martineau, Senoble, Baudry, Marion et Boudard.

Excusés : MM. Dulout, Gille, Puy-le-Blanc, Mayet, Escure, Dupont, Jaurand, Blanchet, Rabec, Gaud, Moreau.

En l'absence de M. Dulout, secrétaire indisposé, l'assemblée désigne M. Marion, comme secrétaire de la séance.

M. Marion prend place au bureau.

M. le président adresse quelques paroles de regret à la mémoire du D[r] Béranger, de Niort, décédé depuis la dernière réunion. A cette occasion il est décidé que les confrères voisins, ou assistant aux obsèques d'un membre du syndicat, devront immédiatement s'entendre pour que l'un deux adresse, au décédé, les derniers adieux, au nom de l'association syndicale.

A l'unanimité, l'assemblée exprime ses regrets de l'absence de MM. Paul Mercier, avocat à Niort et Clouzeau, avoué en la même ville, conseils judiciaires du syndicat, qui n'ont pu répondre à l'invitation qui leur avait été faite d'assister au banquet de ce jour.

Après un échange d'observations sur certains faits d'exercice illégal, le président fait connaitre au syndicat que le conseil général des Deux-Sèvres, dans la session d'août, a accepté une partie du projet de règlement présenté par le corps médical du département, pour la médecine gratuite. Mais il a été décidé que la répartition de 25.000 fr. serait faite, non pas proportionnellement au nombre des visites faites et des kilomètres parcourus, mais proportionnellement au nombre des *indigents visités*. Et le conseil, voulant se rendre compte des sommes qu'exigerait le paiement à la visite et au kilomètre, fera mettre entre les mains de l'indigent un carnet sur lequel le médecin inscrira ses visites et consultations. Par ce moyen continué pendant deux ans, l'assemblée départementale s'éclairera et décidera en conséquence.

Le syndicat, après discussion, est d'avis que les médecins doivent se prêter à cet essai et il les engage à apporter beaucoup de soin dans l'annotation sur les carnets de leurs visites et consultations ; mais il pense aussi que le corps médical doit maintenir pour l'avenir le plus prochain sa volonté d'arriver au paiement de la visite et au kilomètre.

Sont ensuite admis, comme membres du syndicat,

MM. les docteurs : Frey, d'Airvault, présenté par MM. Charrier et Marion; Seguin, de Parthenay, présenté par MM. Gaillard et Marion; Wlantassopoulo, de Couture d'Argenson, présenté par MM. Gaud et Grassin. Chacun d'eux ayant été successivement admis prend séance. Le syndicat comptant soixante membres actifs, élit deux délégués à l'assemblée générale de l'Union des syndicats.

Sont désignés à l'unanimité :

Le Dr Pillet, président honoraire, et le Dr Boudard, président actuel. Suppléant : Dr Corneille Saint-Marc.

Sur la proposition d'un des membres de l'assemblée, il est décidé qu'une démarche sera faite auprès d'un personnage politique, pour le prier d'apporter sa haute influence dans la défense de la proposition du Corps médical, dans la discussion de la loi sur l'exercice de la pharmacie, d'autoriser le médecin à fournir les médicaments à ses malades éloignés de 4 kilomètres de toute pharmacie.

Le syndicat approuve ensuite certaines dépenses et décide que le présent procès-verbal sera communiqué au journal le *Concours médical* et au *Bulletin de l'Union des syndicats*.

Il est procédé au renouvellement du Bureau pour l'année 1897.

Après des observations de quelques membres, sont réélus à l'unanimité :

Président : Dr Boudard, de Sauzé-Vaussais ;
Vice-Président : Dr R. Largeau, de Niort ;
Secrétaire : Dr Dulout, de Sauzé-Vaussais ;
Trésorier : Dr Mayet, de Niort.

Syndics

Arrondissement de Niort : Dr Senoble, de Champdeniers ; Martineau, de Coulonges.

Arrondissement de Bressuire : Dr Guinebertière, de Cézizay ; Lecointre, de Bressuire.

Arrondissement de Mellé : Dr Prouhet, de la Mothe-Sainte-Héraye ; Rabec, de Chizé.

Arrondissement de Parthenay : Dr Gaillard, de Parthenay ; Marion, id.

Sur la proposition du Dr Pillet, M. Cézilly, directeur du Concours médical, le véritable fondateur des syndicats médicaux en France, est à l'unanimité élu Président d'Honneur du Syndicat médical des Deux-Sèvres.

La séance, ouverte à une heure et demie, est levée à trois heures du soir.

Le président,
Dr Boudard,

Le secrétaire intérimaire,
Dr Marion.

A la réception de ce compte rendu, M. Cézilly s'est empressé d'adresser à M. le Dr Boudard et à ses confrères l'expression de ses sincères remerciements pour l'honneur qu'ils ont bien voulu lui faire, en souvenir de tant d'années consacrées aux syndicats.

REPORTAGE MÉDICAL

— *Pensions aux médecins de l'Assistance médicale en Italie.* — Le ministère italien vient de déposer un projet portant création de pensions pour les médecins de l'Assistance médicale, si mal rétribués par les communes, et trop souvent menacés de la misère aux jours de la vieillesse.

Quel bon mouvement, s'il ne s'agit pas d'une manœuvre électorale et d'un simple projet destiné à servir de manifestation purement platonique. Nulle part on ne nous a habitués à tant de prévenance.

— *Le Xe Congrès de l'Assistance française de chirurgie*, se tiendra à Paris du 19 au 24 octobre à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le professeur Terrier.

Un banquet aura lieu le jeudi 22 octobre, à l'Hôtel Continental, à sept heures et demie du soir.

— *Les lettres du médecin devant les tribunaux.* — La cour d'appel de Douai vient de juger dernièrement que le médecin ne saurait autoriser la lecture, à un tribunal, des lettres qu'il aurait écrites relativement à un cas de maladie, sans tomber sous le coup de l'article qui vise le secret professionnel.

— *La loi déontologique en Allemagne.* — La Prusse se préoccupe depuis quelque temps de prévenir l'abaissement de la profession médicale, en assurant à ses membres des honoraires suffisants et en les protégeant contre l'exploitation du mercantilisme et des charlatans.

Mais tandis qu'elle en est encore aux projets, la Saxe vient de donner force de loi à un code déontologique analogue à ceux que nous avons publiés. L'arrêté ministériel du 12 août 1896, qui consacre cette réforme capitale, reproduit d'abord le code ; puis institue, dans chaque district, un « *tribunal médical d'honneur* », composé de 3 membres élus, pour un an, par les membres de la Chambre médicale du district ; enfin, énumère les pénalités que ce tribunal pourra prononcer, et qui sont : l'avertissement, le blâme, des amendes variant de 20 à 1500 marks, la suspension du droit de vote ou d'éligibilité à la Chambre médicale, pour une période qui peut aller jusqu'à 5 ans, la charge de partie ou totalité des frais d'instruction. Le condamné peut exercer, dans les 15 jours, son droit d'appel à un « *tribunal médical d'honneur d'arrondissement* ». Celui-ci est composé de 4 assesseurs élus par des diverses Chambres de district pour 3 ans, et d'un président désigné par le ministère de l'intérieur.

On en est là dans le pays du despotisme militaire ! En deçà du Rhin, sous le régime si cher de la liberté et de la décentralisation, on appelle, au contraire, utopistes les médecins qui réclament, comme nous, cette indépendance, cette épuration, et ce relèvement moral et pécuniaire de la corporation médicale, par la création de l'*Ordre des médecins* avec toutes les conséquences qu'il entraîne !

Ouvrirons-nous enfin un jour les yeux à l'évidence ?

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

No 4.118. — M. le docteur Gaud, de Melle (Deux-Sèvres), membre du Syndicat des Deux-Sèvres.

No 4.119. — M. le docteur Favre, de Retaud, près Saintes (Charente-Inférieure), présenté par M. le Directeur.

NÉCROLOGIE

Nous avons, sur la foi d'un de nos correspondants, annoncé no 41, du 10 octobre, le décès de M. le docteur Boyron, *d'Amagne*. Il n'en est rien et notre distingué confrère et collaborateur, a, au contraire, triomphé de la grave affection dont il vient d'être atteint. Nous lui en adressons nos sincères félicitations.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Vialle, de Paris, et Kaidour-Larbez, de Constantine, membres du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 43 24 octobre 1896

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La protection des enfants du premier âge.

Par la voie de la *Revue* qu'il dirige, M. le Dr Toussaint, inspecteur du service de protection des enfants du premier âge, à Argenteuil, demande à ses collègues de tous les départements de se réunir en Congrès, au mois de novembre prochain, pour fêter l'octogénat de M. le Dr Roussel, et, en même temps, étudier les améliorations qu'il conviendrait d'apporter à la loi qui a pris son nom.

Cette proposition est sans doute l'écho de la discussion intéressante soulevée par M. le Prof. Pinard, quand il prit, en 1894, la présidence de la *Société de Médecine publique et d'hygiène professionnelle.*

Il fut établi, ce jour là, par divers orateurs également compétents, que si la loi Roussel est le plus souvent inappliquée, ou même violée par des administrateurs peu scrupuleux, elle est à peu près inapplicable dans certaines parties qui appellent des retouches, de l'aveu même de l'auteur.

On fut d'accord, en particulier, à reconnaître que la double protection due au nourrisson et à l'enfant de la nourrice *sur lieu*, est à peu près irréalisable dans la pratique, et absolument irréalisée, parce que la nourrice est obligée de se placer aussitôt après ses relevailles, et d'abandonner son enfant, trop jeune, à des conditions d'existence aléatoires et périlleuses.

C'est pourquoi, nous nous demandons si le meilleur moyen de supprimer ou d'atténuer, dans une large mesure cet inconvénient, ne consisterait pas dans la création de nombreuses nourriceries modèles, du genre de *la Pouponnière*, dont nous donnons en feuilleton la description succincte, d'après une récente notice du Comité.

Si bon nombre de filles-mères, auxquelles des secours sont accordés, étaient réunies par le département dans des établissements de ce genre, où elles élèveraient leur enfant en même temps qu'un nourrisson payant, on obtiendrait sans doute ce double résultat de relever bien des malheureuses destinées à la démoralisation, et de diminuer la mortalité des enfants illégitimes.

Il pourrait arriver, d'ailleurs, qu'on s'acheminât ainsi à une sorte de décentralisation, capable de porter un rude coup à cette *industrie nourricière,* dont quelques régions ont accaparé le néfaste monopole. Où serait le mal ?

En tout cas, nous nous garderons de laisser échapper l'occasion de faire connaître aux médecins-inspecteurs des enfants, l'œuvre si intéressante, créée en 1893, par Mmes Georges Charpentier et Eugène Manuel, sous la présidence d'honneur de Pasteur et de Jules Simon.

Nous sommes même autorisés par Mme Eugène Manuel, à prévenir ceux qui seraient les membres du Congrès projeté, que *La Pouponnière* s'honorerait de recevoir leur visite, et de provoquer en leur esprit des idées de concurrence humanitaire.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Un procédé pour distinguer le sang normal d'avec le sang diabétique.

M. le Dr R. Williamson a fait à l'Association médicale britannique la communication suivante :

« Ayant pu me convaincre que le sang diabétique constitue, à l'égard d'une solution saline chaude de bleu de méthylène, un décolorant beaucoup plus puissant que le sang des sujets sains, j'ai cherché à utiliser ce fait pour le diagnostic hématologique de la glycémie. Voici le procédé fort simple, auquel je me suis arrêté dans ce but:

» On verse dans un tube à réaction 40 volumes d'eau, auxquels on ajoute 20 volumes de sang, obtenu par la piqûre d'un doigt du sujet en expérience et aspiré dans le tube capillaire de l'hémoglobinimètre de Gowers. On additionne ensuite ce mélange d'eau et de sang de 1 volume d'une solution aqueuse de bleu de méthylène à un six-millième et, enfin, on y verse 40 volumes d'une solution de potasse à 5, 84 %. D'autre part, on prépare, comme moyen de contrôle, un second mélange composé exactement comme le premier, avec cette seule différence qu'au lieu de sang supposé diabétique, il contient la même quantité (20 volumes) de sang provenant d'un sujet sain. Les deux tubes sont ensuite placés dans un récipient plein d'eau bouillante, où on les laisse pendant environ cinq minutes. Dans ces conditions, le liquide contenant le sang diabétique perd bientôt sa coloration bleue et devient jaune pâle, tandis que le mélange qui renferme du sang normal reste bleu comme auparavant ou bien prend une teinte légèrement violette ou gris bleu, mais ne devient jamais jaune pâle.

« J'ai examiné, au moyen de ce procédé, le sang d'ndividus sains et de cent vingt sujets atteints de maladies autres que le diabète, et je n'ai jamais constaté de décoloration dù mélange préparé de la façon que je viens de décrire. Par contre, lorsque j'avais affaire à des glycosuriques, j'ai toujours obtenu la décoloration du mélange en question. Je ferai observer que, dans tous les cas de diabète que j'ai eu l'occasion d'examiner, il s'agissait de formes graves de l'affection. Il est donc probable que, dans les glycémies légères, les différences de réaction du sang diabétique et du sang normal, à l'égard de la solution de bleu de méthylène, peuvent être moins tranchées et même nulles, à moins qu'on ne modifie la proportion des divers liquides qui entrent dans la composition du réactif.

Traitement et guérison des papillomes vulvaires.

On connaît l'action de l'acide salicylique sur les cors, les poireaux, les verrues. Les nombreux coricides, que l'on vend partout sous les noms les plus variés, sont en définitive tous les mêmes. Tous sont à base d'acide salicylique et de collodion. L'acide salicylique agit sur les cellules épidermiques pathologiques. Aussi, dans ces cas-là, son action est-elle véritablement efficace ; nous en avons nous-même fait plusieurs fois l'expérience sur nos malades.

De là à l'emploi de l'acide salicylique pour les papillomes vulvaires, il n'y avait qu'un pas, il suffisait d'y songer.

M. L. *Mencière*, de Bordeaux, l'a employé avec succès dans un cas rebelle de papillomes vulvaires ayant résisté à tous les traitements.

Chaque papillome séparément, fût-il de la grosseur d'un petit pois, peut être guéri entre cinq et huit jours.

L'application du traitement est facile ; voici comment on le formule :

Collodion élastique.....	5 grammes.
Acide salicylique.......	de 2 gr. à 2 gr. 50.

Appliquer quelques gouttes de cette solution sur huit ou dix papillomes dans une même séance.

Quand on fait une application de collodion salicylé, la malade ne ressent aucune douleur.

FEUILLETON

La Pouponnière de Versailles.

La *Pouponnière*, installée sur les terrains qui lui appartiennent à Porchefontaine, aux portes de Versailles, dans une admirable situation, est une crèche interne, destinée à recevoir des enfants de un jour à deux ans, que les mères ne peuvent allaiter elle-mêmes et qu'elles confient d'ordinaire, loin d'elles et dans les conditions les moins rassurantes, à des nourrices de campagne, difficilement surveillées et dont l'incurie, on ne l'a que trop constaté, est une des causes les plus fréquentes de la mortalité dans la première enfance. Combien de mères, à qui la nécessité de vivre de leur travail ne permet pas de remplir les devoirs de la maternité, ouvrières occupées à l'atelier, domestiques et salariées, femmes de modestes fonctionnaires, employées elles-mêmes dans un magasin ou une maison de commerce, institutrices mariées, professeurs de toute sorte, ou attachées à des administrations publiques ; combien, même, de mères simplement réduites, par l'état de leur santé, à renoncer aux joies de l'allaitement, n'ont-elles pas à souffrir des exigences accumulées des nourrices, de la dépense des voyages, de l'incertitude des soins donnés, de la préoccupation incessante des maladies infantiles, et finalement de tant de deuils dont on n'ose aligner les chiffres ! Et combien, parmi les enfants rendus à leurs familles, reviennent dans des conditions de santé navrantes, malingres et rachitiques, voués d'avance aux affections les plus graves, aux plus irrémédiables infirmités ! Nous ne chargeons rien au tableau de ces tristesses où la dépopulation de la France est engagée : et le progrès même accompli dans le contrôle des nourrices et la surveillance des campagnes n'est pas près de mettre un terme à une situation dont tous les économistes et tous les patriotes se sont émus.

Aussi avec quelle satisfaction a été accueillie la création d'une nourricerie modèle, installée, avec le concours des premiers médecins, dans les conditions les plus conformes à l'hygiène de la première enfance ! Tandis que les crèches externes, établies dans les villes, n'assurent aux enfants qu'une sécurité relative, menacée chaque jour par le retour dans la famille et la contagion apportée du dehors, *La Pouponnière* fait l'isolement, est fermée aux maladies infectieuses, offre, avec le grand air des champs, toutes les savantes améliorations que la médecine actuelle applique à l'hygiène, avec une surveillance incessante, dont les résultats ont dépassé toutes les espérances. Une enquête a été faite sur la mortalité des enfants que *La Pouponnière* a pu admettre et sur ceux qui, faute de place, sont restés dans les conditions ordinaires, livrés à tous les hasards de la nourricerie libre : cette mortalité était de 6 p. 100 dans le premier cas, et dépassait dans le second cas 34 p. 100 ! Ces chiffres ont leur éloquence. Le rapport de l'éminent président de l'Académie de médecine, présenté à la Commission d'hygiène cette année, ne laisse point de doute à cet égard. Et c'est grâce aussi à ce résultat qu'une somme de 150,000 fr. a été accordée, sur le *Pari mutuel*, par le Ministère de l'Intérieur, pour l'extension de l'œuvre et la création de nos nouveaux pavillons.

La grande objection faite : à savoir l'agglomération des enfants dans un même établissement, n'a pas résisté à l'expérience acquise. Outre que chaque pavillon ne doit contenir que trente enfants, les précautions sont telles que nul germe infectieux n'a eu, jusqu'ici, l'entrée dans la maison, et que la

Une demi-minute après l'application, elle perçoit une sensation de chaleur très supportable n'ayant pas le caractère d'une douleur cuisante.

L'anesthésie locale est donc inutile.

Au bout de cinq à dix minutes, cette sensation elle-même a disparu et la malade peut vaquer à ses occupations.

Dès le lendemain, recommencer sur huit ou dix autres et cautériser encore les premiers.

Continuer le traitement jusqu'à disparition complète.

Il n'est pas nécessaire de trop veiller à ne pas dépasser les limites de chaque petite végétation, car on a remarqué que ce collodion salicylé avait une action élective sur les points malades, et était sans action sur la muqueuse saine.

Si, pour des raisons quelconques, on avait besoin de faire disparaître rapidement ces papillomes, il suffirait de les exciser et de faire une application de collodion salicylé après avoir fait une légère compression pour empêcher de saigner.

Mais si vous avez quelques jours de plus à votre disposition, appliquez simplement du collodion salicylé, et votre malade guérira aussi rapidement qu'avec les autres procédéset sans présenter de cicatrices.

Les accouchements aseptiques et les accouchements antiseptiques.

Les accouchements antiseptiques sont les accouchements où l'on emploie une série d'agents et de procédés dits antiseptiques pour prévenir chez la parturiente le développement de l'infection puerpérale avant, pendant et après l'accouchement.

Ce qui caractérise les accouchements aseptiques, c'est l'absence du toucher, l'absence d'injections pendant toute la durée de la puerpéralité, et la mise en œuvre de précautions minutieuses et constantes pour assurer l'asepsie parfaite de tout ce qui approche l'accouchée.

Les statistiques relatives aux accouchements aseptiques donnent des résultats égaux, sinon supérieurs à ceux des accouchements antiseptiques.

De fait, théoriquement, la préférence devrait être accordée aux accouchements aseptiques.

Malheureusement toutes les accouchées ne se présentent pas à l'accoucheur dans des conditions identiques ; de là, la nécessité de faire un choix motivé entre les deux procédés d'accouchement, en d'autres termes, de formuler leurs indications. C'est ce qu'a essayé de faire dans son cours, M. le professeur *Eustache*, de Lille :

1° L'accouchement aseptique convient aux accouchements normaux et spontanés.

L'accouchement antiseptique est de rigueur dans tous les cas qui nécessitent une intervention.

2° L'accouchement aseptique pourra et devra être mis en pratique dans la clientèle civile, ou dans les maternités à personnel limité, toujours le même.

L'accouchement antiseptique sera toujours employé dans les maternités ouvertes, dont le personnel se renouvelle.

3° L'accouchement aseptique sera réservé aux femmes saines.

L'accouchement antiseptique sera usité chez toutes celles qui sont atteintes d'une affection qui diminue la résistance des tissus (maladies chroniques, maladies infectieuses).

---

visite même des familles est l'objet d'une surveillance intelligente, qui constitue un véritable cordon sanitaire,

Nous avons dit que les demandes affluaient. Rien de plus touchant que les sollicitations des mères qui souhaitent, pour leurs enfants, ce qui leur promet le salut et la sécurité parfaite, avec la facilité de les voir souvent. Mais aussi, quel regret pour nous de n'avoir que des ressources limitées et des locaux insuffisants ? On s'inscrit d'avance ; on attend, avec quelle impatience, une place vacante ! On croit à notre œuvre et l'on a raison d'y croire. Nos constructions nouvelles permettront bientôt d'avoir dans trois pavillons distincts, espacés dans un vaste jardin, quatre-vingt-dix berceaux d'enfants et tous les services annexes nécessaires à la nourricerie. C'est peu encore, sans doute, en présence du bien qu'une organisation pareille pourrait accomplir. Mais nous demandons, nous supplions qu'on nous imite ailleurs ; nous avons, avec l'assistance de médecins illustres et dévoués, sous le patronage des esprits les plus généreux de ce temps, créé un modèle, un type de nourricerie. C'est aux grandes villes, c'est aux municipalités, c'est à l'initiative privée, aux environs de Paris et dans d'autres parties de la France, qu'il appartient désormais de suivre la même voie, et de préserver, avec nous, la population enfantine.

Il nous reste à indiquer les conditions pécuniaires qui règlent le fonctionnement de *La Pouponnière*.

La tâche que nous nous sommes proposée est double :

Nous voulons, d'une part, faire œuvre de solidarité, en offrant aux petites bourses l'allaitement au sein, dans les conditions les meilleures, au prix de 40 francs par mois tout compris, somme qui ne soulève aucune réclamation des parents, puisqu'elle sert intégralement de rémunération aux nourrices de l'établissement, et que l'œuvre pourvoit gratuitement à tant d'autres frais qui s'accumulent chez les nourrices *libres*. Le prix est abaissé à 30 francs, lorsque l'enfant passe du sein à l'allaitement mixte. En outre, des exonérations, sous formes de bourses et de demi-bourses, peuvent être accordées pour des cas particulièrement intéressants.

D'autre part — et c'est là le côté charité, sur lequel nous appelons toute votre attention — les nourrices elles-mêmes, choisies et examinées par les médecins avec le plus grand soin, et prises parmi tant de malheureuses abandonnées et découragées qu'on ramène au devoir et qu'on moralise, gardent avec elles, d'un jour à deux ans, leur propre enfant, qu'elles allaitent au sein jusqu'à huit mois (application de la loi Roussel), époque à laquelle on substitue un pensionnaire nouveau-né à un des deux enfants sevrés qu'elle soignait, ce qui lui fait toujours trois enfants à surveiller ; elle touche alors 30 francs par mois.

On voit donc combien est avantageuse pour la nourrice cette combinaison, sorte de caisse de Prévoyance, qui lui permet à la sortie de notre établissement d'avoir économisé une somme d'argent suffisante pour attendre une situation et placer son enfant.

Actuellement, sur soixante enfants, vingt enfants de nourrices bénéficient de la gratuité absolue.

Tous ces enfants, parfois assez délicats à *La Pouponnière*, en sortent très beaux, très forts et préparés à la résistance des maladies infantiles qui pourraient les menacer plus tard au dehors. Ces mesures préventives conserveraient au pays ses plus beaux enfants robustes, en face de ceux qui remplissent les hôpitaux de leurs affections souvent incurables.

Le Comité.

4° Les conditions de l'accouchement aseptique existant, si l'on a pratiqué une ou deux fois le toucher et que le doigt n'ait pas dépassé la cavité du col, on considérera ce toucher comme aseptique, comme n'ayant pas détruit l'asepsie des organes et il ne sera pas besoin de recourir aux injections.

5° Quand il y a lieu de recourir à l'accouchement antiseptique, ce qui est le cas le plus fréquent dans la pratique actuelle, la méthode sera simplifiée selon les cas.

Les injections pendant l'accouchement ne seront nécessaires que dans les cas d'écoulement fétide.

On renoncera aux injections intra-utérines quand la cavité de l'utérus n'a pas été atteinte.

On limitera le nombre des injections vaginales à une par jour dans les conditions ordinaires.

6° L'accoucheur pratiquera lui-même l'injection qui suit la délivrance, ainsi que les injections des jours suivants.

Si cela ne lui est pas possible pour ces dernières, il préférera y renoncer, plutôt que de les laisser pratiquer par la garde-couches. Celle-ci doit être chargée exclusivement des soins de toilette extérieure.

7° Que l'accouchement ait été conduit aseptiquement ou antiseptiquement, la température de l'accouchée sera régulièrement prise matin et soir, pendant les dix premiers jours au moins, toute élévation thermométrique nécessitant l'emploi d'autres mesures antiseptiques, qui seront alors curatives.

8° Enfin, pendant toute la puerpéralité, le médecin veillera, avec le plus grand soin, sur l'état général de la femme, n'oubliant pas que, dans la survenance et l'évolution des maladies infectieuses, la question du *germe* est inséparable de celle du *terrain*, sur lequel il est semé.

Les déformations thoraciques et les déviations rachidiennes produites par les obstructions chroniques des voies respiratoires supérieures.

M. le Dr *Chapard*, de Paris, a consacré sa thèse à l'étude des rapports des déformations thoraciques et des déviations rachidiennes avec les obstructions chroniques des voies respiratoires supérieures. Tout d'abord, il constate que bien des causes d'obstruction des voies respiratoires supérieures sont encore ignorées, quoiqu'on en ait déjà signalées un grand nombre.

Les plus anciennement connues sont l'hypertrophie des amygdales et les tumeurs adénoïdes. Ces deux lésions sont les plus fréquentes et les plus puissantes, et se rencontrent habituellement chez le même sujet.

De telles obstructions occasionnent des troubles locaux et généraux, qui peuvent avoir une influence considérable sur le développement physique et moral des enfants et sur l'ossification de leur squelette.

Les conduits aériens et les poumons s'atrophient par diminution des fonctions ; la cage thoracique liée à l'action physiologique des organes de la respiration, les suit dans cette voie, elle cesse de s'accroître et même se déforme. La déformation varie avec le degré de l'obstruction, avec son ancienneté, avec l'âge du sujet, c'est-à-dire la malléabilité du squelette Pour cette raison, les rachitiques seront plus facilement atteints, mais, ici, il faut prendre garde que l'obstruction peut produire un état général très analogue et ne pas prendre l'effet pour la cause.

Il n'y a pas de déformation spéciale à l'obstruction ; celle-ci peut produire depuis la simple atrésie thoracique jusqu'aux enfoncements, gouttières, creux, sillons très marqués, selon le degré de la sténose, l'âge, l'état du malade.

Toutes les formes que l'on a décrites comme caractéristiques se rencontrent, il est vrai, mais pas à l'exclusion des autres. Ce ne sont, pour pour ainsi dire, que des variétés d'une même espèce, différentes d'aspect mais non de nature.

Presque toujours le sténosé, le déformé thoracique présente, vu de dos, un aspect spécial : une de ses épaules est plus haute que l'autre, la pointe de l'omoplate ressort en arrière ; son dos est rond, voûté.

Souvent une cyphose dorsale suivie d'une lordose lombaire compensatrice accompagne ces déformations.

Quelquefois, assez souvent même, lorsqu'on veut bien rechercher et prêter attention aux cas légers, on observe de la scoliose.

On reconnaîtra une déformation thoracique par obstruction en établissant un diagnostic différentiel mais surtout en récapitulant la marche suivie. L'observation montrera souvent au début un mal de gorge, une scarlatine, une bronchite suivis d'amygdalites répétées, de catarrhe nasal, etc. Une cause sténosante est établie et il est facile de la reconnaître, si l'enfant est jeune. — Le diagnostic sera plus difficile, lorsqu'avec l'âge souvent la cause aura disparu et qu'il ne restera plus que les effets produits qui seront : un thorax non développé avec ou sans enfoncements ; une lordose, avec cyphose compensatrice, une scoliose.

Le traitement de la cause s'impose et prime tout ; le rachitisme est plutôt une indication qu'une contre-indication.

Si on l'exécute avant toute déformation, il est prophylactique et, par conséquent, excellent.

En cas de simple arrêt de développement du thorax, tous les moyens employés tendront à augmenter le volume d'air inspiré, de façon à faire reprendre aux voies aériennes leur calibre régulier, aux poumons leur capacité normale. L'appareil respiratoire s'accroît et les parois thoraciques s'élargissent. Si le sujet est véritablement déformé, des exercices spéciaux devront être accomplis en présence et sous l'impulsion d'un chirurgien. Celui-ci adoptera des mouvements particuliers et correspondants à chaque lésion du rachis ou des parois du thorax.

Inversement, une scoliose, une déformation thoracique, dont l'origine est douteuse pourra mettre sur la voie d'une sténose pharyngo-nasale jusqu'alors ignorée ou négligée. Ainsi, l'effet fera remonter à la cause.

S'il ne faut pas conclure que toutes les déformations de la poitrine, les déviations rachidiennes sont dues à une sténose respiratoire, du moins, en présence d'une de ces lésions on devra toujours examiner le naso-pharynx.

Installation pratique pour les lavages uréthraux au permanganate.

Nous avons déjà maintes fois signalés à nos lecteurs les services que la méthode des grands lavages peut rendre dans le traitement des maladies urinaires. Nous avons insisté notamment sur les avantages des lavages au permanganate. Mais il peut arriver que le praticien recule devant l'emploi de la méthode faute d'une installation commode pour ce traitement. M. Wickham donne à ce sujet, dans la Presse médicale, quelques indications utiles permettant au médecin de s'organiser très commodément dans son cabinet même et sans risquer de souillures. On fait étendre sous le fauteuil du patient une toile cirée de 1 m. 50 de côté. Cette installation est placée un peu à droite du bock situé lui-même à la hauteur voulue, sur une planchette fixée au mur, qui se replie à l'ordinaire par un jeu de charnières. Le malade est assis de préférence sur un fauteuil assez bas afin qu'il puisse se tenir commodément sur le bord du siège, en se renversant légèrement en arrière. On place sous lui une serviette plié en double qui couvre le siège depuis le dossier jusqu'à terre.

Le pantalon et le caleçon sont descendus aux chevilles. Les jambes étant entourées de serviettes et aux trois quarts étendues et écartées, on pose un seau entre elles, le plus près possible des pieds. Une toile cirée triangulaire est alors placée en gouttière sur les jambes ; la base du triangle est passée sous les testicules et le malade est chargé de maintenir, bien fixé contre lui, ce côté du triangle. Cette toile, qui recouvre les cuisses, descend en gouttière, des genoux vers le seau, au fond duquel elle se termine en pointe.

Le praticien s'agenouille au côté du malade sur un coussin, Il est bon d'ajouter par terre une toile qui prolonge de 1 mètre le bord antérieur de la grande toile sous-jacente, car, dans certaines fausses manœuvres, des jets de liquide sont parfois projetés au loin.

CHIRURGIE PRATIQUE

Luxation congénitale de la hanche.

L'étude clinique de la luxation congénitale de la hanche ne date que du commencement du siècle, avec Dupuytren qui en trace un tableau magistral, car si on a ajouté à son œuvre on n'a presque pas eu à la rectifier. Sédillot, Humbert, Pravaz, Verneuil étudient ensuite cette affection, mais il faut arriver à Grawitz et au professeur Lannelongue pour trouver une théorie pathogénique vraie permettant une thérapeutique rationnelle déjà fertile en résultats. Notre ami et collègue Delanglade vient de résumer dans une thèse récente cette intéressante question. C'est de ce travail très complet que nous nous inspirerons surtout dans cette courte étude.

La luxation congénitale du fémur est une malformation fréquente ; c'est la plus fréquente des luxations congénitales. La luxation unilatérale plus souvent constatée que la bilatérale, est ordinairement du côté gauche.

La variété de la luxation est en haut et en arrière, plus rarement en haut, plus rarement encore en haut et en avant.

Deux points dominent l'étiologie : d'une part, la prédominance du sexe féminin, d'autre part, l'importance de l'hérédité. La statistique de Lorenz donne une proportion de 12 garçons pour 88 filles. Il n'est pas rare d'autre part de trouver des observations montrant des familles dont plusieurs membres sont atteints de luxation congénitale, soit de la hanche, soit d'ailleurs, ou tout au moins d'une malformation congénitale quelconque tels que le bec de lièvre, l'imperforation du rectum, le pied-bot. La syphilis et les mariages consanguins ne semblent pas jouer un rôle bien marqué.

Si l'étiologie est pauvre, les théories pathogéniques sont nombreuses. On peut les ranger sous cinq groupes qui sont :

1° La théorie traumatique ;
2° La théorie des vices de position in utero ;
3° La théorie inflammatoire ;
4° La théorie musculaire ;
5° La théorie des malformations.

Delanglade rejette comme ne s'appuyant sur aucune preuve sérieuse les 4 premières théories, nous ne le suivrons pas dans la discussion de chaque point, réservant tout notre intérêt pour la théorie la plus séduisante et la plus scientifique : celle des malformations.

Dans la théorie du traumatisme, on invoquait une violence, soit intra-utérine, soit au moment de l'accouchement. Les expériences de Valette démontrent que tout trauma sur le nouveau-né produirait une fracture et non pas une luxation.

La théorie des attitudes vicieuses a pour défenseur, Dupuytren, Cruveilhier, Roser, Lorenz. Il est incontestable que la position du fœtus dans l'utérus est favorable à la luxation postérieure, mais cette cause existant chez tous les sujets, pourquoi cette luxation serait-elle relativement si peu fréquente ? Comment expliquer les autres déformations concomitantes ?

Dans la théorie inflammatoire on a invoqué une hydarthrose fœtale amenant le relâchement des ligaments de la hanche et la luxation consécutive. Aucune autopsie n'a permis de vérifier cette hypothèse.

La théorie musculaire est représentée par J. Guérin et Verneuil. Pour Guérin, il existait de la rétraction musculaire primitive dépendant de lésions du système nerveux. Verneuil a émis des idées qui ont eu plus de succès. Ayant étudié le processus de la luxation de la hanche au cours de la maladie dite « paralysie spinale de l'enfance » il pensa que la luxation congénitale du fémur se produisait à la suite d'une paralysie des muscles qui commandent à l'articulation de la hanche.

Cette théorie a été ruinée par les recherches du professeur Lannelongue démontrant que l'atrophie musculaire réelle, portait sur tout le membre.

Les théories de la malformation congénitale plus rationnelle, démontrée d'ailleurs par les autopsies, reviennent à invoquer comme unique cause l'absence de parallélisme normal entre le développement des deux surfaces articulaires.

La cavité cotyloïde s'atrophie, jusqu'au point de disparaître dans quelques cas. Cet arrêt de développement frappe d'ailleurs tout le membre correspondant : on l'avait vu pour les muscles pelvi-trochantériens ; le fait est vrai pour les muscles de la cuisse et de la jambe, comme pour

les os et même les artères du membre inférieur. Il y a donc là une cause commune qui entraîne un développement lent, retardé. La luxation n'est qu'une conséquence de cette cause première, qui serait pour M. Lannelongue une lésion primitive du système nerveux. (Congrès de Bordeaux.)

Nous ne pouvons passer sous silence l'anatomie pathologique, qui permet de comprendre la pathogénie que nous venons d'exposer, et d'expliquer les modes d'intervention chirurgicale que nous verrons plus loin.

La luxation congénitale du fémur comprend deux sortes de lésions : d'une part, celles qui sont dues à l'arrêt de développement, d'autre part, celles qui résultent mécaniquement du déplacement de la tête fémorale chez les sujets qui ont marché.

Chez les sujets, qui n'ont pas fait usage de leur articulation, on constate que le membre malformé est plus court que le sain et qu'il est d'un volume moindre. Tantôt il est en flexion et adduction, tantôt en abduction et rotation externe. L'abduction est en général plus limitée; pour le professeur Lannelongue l'extension est poussée plus loin qu'à l'état normal.

La luxation est le plus souvent incomplète, la tête reposant sur le bord du cotyle qui ne peut la contenir.

Quant au sens de la luxation à cette période, il n'obéit à aucune règle, quoique la tête soit plus fréquemment en haut et en arrière.

Si on dissèque les parties constituantes de l'articulation ,on constate que l'os iliaque est plus grêle, et surtout que la cavité cotyloïde est bien trop petite pour recevoir et retenir la tête fémorale.

Le cartilage y est toujours conservé ; jamais on ne trouve de néarthrose.

Le fémur a moins de lésions : il est légèrement aplati transversalement, quelquefois un peu plus court ; la tête déprimée, au niveau du point qui appuie sur l'os iliaque.

La capsule conserve ses insertions normales, mais elle est élargie dans le sens de la luxation.

Les muscles péri-articulaires et tous ceux du membre sont plus grêles bien qu'ils ne présentent pas au microscope des lésions de dégénérescence (Lannelongue). « C'est une atrophie « vraie par défaut de formation et non par dé- « générescence, atrophie du même ordre que « celle du cotyle et de l'os iliaque. »

Chez les sujets qui ont marché, il s'ajoute aux troubles précédents, des lésions d'ordre mécanique dues au déplacement de la tête fémorale.

L'os iliaque est déformé, l'aile iliaque étant rejetée en dedans, l'ischion porté en dehors. La cavité cotyloïde quelquefois si rudimentaire qu'elle échappe à la vue, le plus souvent simplement réduite, affecte une forme triangulaire et regarde presque directement en bas et en avant.

La capsule n'est pas déchirée, si bien que la luxation congénitale est intra-capsulaire. Ses parois sont très épaissies. Elle a la forme d'un sablier dont la sphère inférieure est fixée autour de la cavité cotyloïde, tandis que la supérieure embrasse la tête fémorale. La portion rétrécie ou isthme reste perméable ordinairement 4 ou 5 ans.

Indépendamment de l'atrophie, que nous avons notée, les muscles présentent des modifications de longueur dues à la position vicieuse du membre.

Les muscles, dont les insertions sont écartées, s'allongent ; ceux, dont les insertions sont rapprochées, se raccourcissent.

La rétraction musculaire frappe par ordre de fréquence et de gravité : 1° les adducteurs ; 2° les fléchisseurs ; 3° les muscles de la tubérosité de l'ischion.

Ce raccourcissement des adducteurs et des fléchisseurs constitue un des plus importants obstacles à la réduction chez les sujets âgés.

Chez la femme, la luxation bilatérale développe une asymétrie du bassin qui entraîne une diminution du diamètre transverse du détroit supérieur et une augmentation de tous les autres diamètres, si bien que le détroit inférieur est sensiblement égal au détroit supérieur. Pour Schrœder, le rétrécissement du détroit supérieur porterait sur le diamètre antéro-postérieur. Quoi qu'il en soit, ces modifications, loin d'être une cause de dystocie rendent en général l'accouchements plus facile.

La luxation unilatérale entraîne une asymétrie irrégulière du bassin, qui fait que le diamètre oblique du côté de la luxation est plus long que celui du côté sain, c'est-à-dire que la partie large du bassin est du côté malade. *En résumé, pas de rétrécissement prononcé.* (Varnier),

La colonne vertébrale présente de la lordose et de la scoliose dorso-lombaire convexe du côté du membre le plus court.

Quels sont les symptômes de cette affection ?

Dans le plus grand nombre des observations, on ne s'aperçoit pas de la luxation congénitale de la hanche au moment de la naissance, mais seulement quand l'enfant commence à marcher.

« *L'enfant marche tard. Dès qu'il marche, il mar- « che mal.* »

Ce n'est, en effet, que de 14 à 18 mois dans les luxations unilatérales, de 18 mois à deux ans dans les bilatérales que l'enfant commence à marcher. Quelquefois même ils sont plus âgés, ils ont 2 ans, 3 ans. Ce retard inquiète en général peu les parents, qui le mettent sur le compte d'une faiblesse générale ou d'une chute.

« Lorsque, à un an, un enfant ne marche pas, « dit le professeur Lannelongue, méfiez-vous. Il « y a une raison à cela. Luxation congénitale, « rachitisme, paralysie infantile légère, quelque « chose enfin qu'il faut chercher et trouver au « prix d'un examen complet et minutieux.

La boiterie a un caractère particulier : l'enfant a l'air de se bercer ; il se balance comme le canard.

Cette claudication augmente progressivement. Cependant l'enfant n'accuse aucune douleur, il court, il saute. On constate seulement des chutes fréquentes et une fatigue facile, qui disparaît par le repos.

Notons que la claudication peut n'apparaître que quelques mois ou quelques années après les premiers pas. Ce fait est dû à l'existence d'une subluxation, qui se complète par les efforts de la marche.

Ces renseignements sont recueillis par l'interrogatoire des parents. Passons à l'examen direct de l'enfant, qui est complètement déshabillé. Supposons que nous avons affaire à une luxa-

tion unilatérale du genre postéro-supérieur chez un enfant jeune.

L'enfant debout et immobile on constate une asymétrie plus ou moins marquée des deux moitiés droite et gauche du corps ; cette inégalité de développement porte sur les membres, le tronc, le bassin et surtout la face.

Le grand trochanter fait en dehors une saillie variable, angulaire ou arrondie ; il est plus haut et plus en arrière qu'à l'état normal. La fesse est plus large, plus plate, plus flasque. Le pli du grand fessier oblique en bas et en dehors est plus bas, plus profond et plus court que celui du côté opposé. Le triangle de Scarpa est aplati et déprimé.

L'épine iliaque antéro-supérieure est abaissée, si bien que le pli de l'aine se rapproche d'une ligne horizontale. La grande lèvre est abaissée.

La colonne vertébrale présente une inflexion latérale dorso-lombaire, dont la convexité regarde la hanche malade ; elle est due à ce que l'enfant pour conserver son équilibre incline la partie supérieure du corps vers le côté sain.

Le membre inférieur est en adduction et rotation interne. Quelquefois on note de la rotation en dehors, mais on a alors une luxation antérieure et supérieure.

Si l'on fait marcher le petit malade, on note des signes encore plus positifs.

Au moment où le pied malade pose sur le sol, on constate une oscillation considérable et brusque du tronc vers le côté malade, en même temps que le membre luxé paraît s'enfoncer dans le flanc.

Le bassin ne suit pas le tronc, il s'élève avec le fémur, ainsi que Dupuytren l'avait écrit. Il y a donc opposition des mouvements du tronc et du bassin. On peut donc dire que la caractéristique de la boîterie, dans la luxation congénitale unilatérale de la hanche, est le balancement opposé du tronc et du bassin autour de l'articulation sacro-lombaire. Ces mouvements du bassin sont dus à l'impotence fonctionnelle des abducteurs de la hanche, moyen et petit fessier principalement.

Le fémur glisse en même temps sur la fosse iliaque *en haut* et *en arrière*, en exécutant un *mouvement de rotation interne*, si bien que le genou correspondant porté en adduction va croiser celui du côté opposé.

Si nous examinons le pas suivant, quand le pied sain touche le sol, nous constatons que le tronc se redresse, s'inclinant légèrement de son côté, mais le bassin reste du côté malade toujours plus élevé , quant au rachis, il décrit une courbe opposée, c'est-à-dire convexe du côté sain.

La course et la danse sont moins disgracieuses que la marche ; le saut sur le membre luxé est impossible ; la station debout du même côté est difficile et rapidement pénible.

Si on fait coucher l'enfant sur un plan résistant, dans une attitude bien symétrique, on constate d'abord le raccourcissement du membre luxé.

Pour l'apprécier, il faut, après avoir mis les 2 épines iliaques sur le même plan, rapprocher les membres inférieurs et mesurer la distance qui sépare l'épine iliaque antéro-supérieure de la rotule ou de la malléole externe. Comme l'atrophie porte quelquefois et d'une façon marquée sur les os du membre inférieur il est plus prudent pour éviter toute erreur d'en mesurer séparément les différents segments : le fémur du grand trochanter à l'interligne fémoro tibial et le tibia du même interligne à la malléole externe.

Le déplacement en hauteur du fémur peut être apprécié par un autre moyen. On sait qu'à l'état normal, le sujet étant couché sur le côté, si on fléchit la cuisse à angle droit sur le bassin, le sommet du grand trochanter se trouve sur la ligne qui va de l'épine iliaque antéro-supérieure au point le plus saillant de la tubérosité de l'ischion. C'est la ligne de Nélaton Roser. Dans la luxation congénitale de la hanche, le trochanter s'élève au-dessus de cette ligne de quelques centimètres.

Par la palpation, on trouve en arrière du grand trochanter une dépression et immédiatement derrière une saillie ronde qui est la tête fémorale, ce dont on se rend compte en imprimant au fémur des mouvements de rotation. Par contre, la palpation du triangle de Scarpa le trouve mou et dépressible. — Nous n'insistons pas sur l'atrophie de tous les muscles du membre, dont on se rend bien compte par la palpation à pleines mains des masses musculaires, ainsi que le recommande le professeur Lannelongue.

Si on étudie la mobilité du membre luxé, on trouve que la flexion, l'extension, l'adduction ont augmenté d'étendue ; l'abduction seule est diminuée, dès les premiers mois.

La luxation peut s'accompagner de contracture musculaire qui porte surtout sur les adducteurs et les fléchisseurs, de sorte que à l'indolence, à la mobilité exagérée de la tête, à la réductibilité succède un état caractérisé par des douleurs, une diminution considérable de la mobilité, de l'irréductibilité, et des attitudes vicieuses rendant la marche très difficile ou même impossible.

Nous venons d'étudier la luxation en arrière. *Dans la luxation en haut et en avant*, on trouve le membre inférieur bien orienté, mais en rotation externe et plus court, le bassin abaissé du côté luxé, l'absence d'ensellure et des mouvements à peu près normaux. La marche est plus facile et moins disgracieuse, car les mouvements inverses du bassin et du tronc sont très légers, et la claudication presque nulle. Enfin, il faut noter que les sujets jouent comme les enfants de leur âge, endurant très bien la fatigue.

La *luxation bilatérale* ordinairement symétrique se fait le plus souvent en haut et en arrière. Elle est caractérisée surtout par la disproportion évidente qui existe entre la longueur du tronc normal et celle des membres inférieurs devenus trop longs.

Guerlain a récemment étudié cette question. Vu de face, on constate que le sujet présente un écartement des cuisses plus marqué au niveau de leurs racines ; les organes génitaux chez la femme sont portés en arrière, le ventre est très proéminent.

Vu de côté, l'axe du corps paraît « en zig-zag », le bassin est en antéversion marquée, si bien que le grand trochanter dépasse souvent l'épine iliaque ; il y a de l'ensellure et une flexion des genoux plus ou moins accentuées.

La marche est symétrique, mais la claudication varie suivant l'appui de la tête, la rétraction musculaire et la flexibilité dorso-lombaire.

Si la tête fémorale a un appui solide, qu'il n'y ait pas encore de contracture des adducteurs la claudication peut se borner à un balancement symétrique de la croupe, qui n'est pas trop disgracieux. Dans le cas contraire, il y a un balancement énorme, rendant la marche laide et pénible.

Quant à l'examen direct, il donne les mêmes renseignements que pour la luxation unilatérale.

La luxation bilatérale peut être antérieure ou alternée, antérieure d'un côté, postérieure de l'autre.

Le *diagnostic* de la luxation congénitale de la hanche n'offre aucune difficulté quand elle présente des signes bien accusés. Cependant, tout à fait au début, ou plus tard, quand la rétraction musculaire et les positions vicieuses sont survenues, il est souvent délicat, et mérite une étude attentive.

A quelles affections peut-on songer ? D'abord, chez un jeune enfant, au *rachitisme* et plus particulièrement à la *flexion du col fémoral*. Dans ce cas, le trochanter est élevé, la marche rappelle celle de la luxation. Mais on cherche en vain la tête fémorale hors de sa situation ordinaire.

Il est arrivé souvent, que l'on ait pris une luxation congénitale pour une *coxalgie*, surtout quand il existe des douleurs et de la rétraction musculaire. Il faut dans ces cas difficiles remonter dans l'histoire de la maladie. On apprend ainsi, et on note avec soin, que l'enfant a marché tard, qu'il a toujours boité. Si on cherche la tête fémorale, on la trouve élevée, sans cependant qu'il y ait abcès, ni empâtement comme dans la luxation symptomatique d'une coxalgie. Si on hésite encore, on constate que, après quelques jours d'extension continue, les douleurs ont disparu.

Le professeur Le Dentu a montré que la *paralysie des muscles fessiers* donnait une démarche rappelant celle de la luxation congénitale, mais l'examen direct permet de trouver la tête fémorale à sa place.

La *luxation traumatique* est infiniment rare chez l'enfant.

La *paralysie infantile* s'accompagne quelquefois de luxation paralytique de la hanche. On se souviendra que le début en est, en général bruyant (fièvre, etc.), que d'autre part certains groupes de muscles sont frappés plus particulièrement.

Il ne suffira pas de faire le diagnostic de la maladie, il faudra dans la mesure du possible faire celui des lésions : vérifier le sens de la luxation, l'état des parties osseuses et molles, l'existence des complications (arthrite, contractures).

En résumé, le clinicien appelé à examiner un sujet porteur d'une luxation congénitale de la hanche devra, pour porter ce diagnostic, s'appuyer sur les points suivants qui synthétisent tout le tableau pathologique :

1° L'âge auquel l'enfant a fait ses premiers pas.

2° L'âge auquel l'enfant a commencé à boîter.

3° L'asymétrie des 2 moitiés latérales du corps dans la luxation unilatérale ; la disproportion entre la moitié supérieure et la moitié inférieure du corps dans la luxation bilatérale.

4° Les caractères de la claudication.

5° La *présence de la tête fémorale hors de sa situation normale*, seul signe pathognomonique.

Le PRONOSTIC varie suivant les cas. Ni la vie, ni les facultés de reproduction chez la femme, ne sont en jeu.

Les luxations unilatérales sont moins graves que les bilatérales ; les antérieures et les supérieures surtout sont moins sérieuses que les luxations postérieures. Mais, étant donné que la marche est plus ou moins et progressivement compromise, la luxation congénitale de la hanche est une affection ou plutôt une infirmité grave.

Le traitement de la luxation congénitale est ou orthopédique ou chirurgical.

Le traitement orthopédique est palliatif ou curatif.

Il faut tout d'abord recommander aux parents d'*éviter toute fatigue* à l'enfant en le laissant debout ou en le faisant marcher. On instituera une hygiène stimulante : les ablutions froides, les frictions, le massage, l'électricité, — un régime reconstituant, — des exercices musculaires tels que le trapèze, les anneaux, la natation, le veloroom, en évitant toujours la fatigue due au poids du corps.

Il faut supprimer absolument quand l'enfant marche, la chaussure à semelle plus haute du côté malade qui n'a qu'un résultat, celui d'augmenter la boîterie et la déformation.

Enfin, on peut faire usage des appareils orthopédiques qui ont pour but de combattre l'ascension du fémur et de presser contre l'os iliaque la tête fémorale par l'intermédiaire du grand trochanter : tels sont la ceinture de Dupuytren et la ceinture pelvienne de M. Lannelongue. Ces appareils corrigent les conséquences de la luxation, mais ils atrophient les masses musculaires snr lesquelles ils appuient et notamment les fessiers, dont la valeur physiologique est si importante dans cette affection.

Dans le traitement orthopédique curatif, on vise trois points : 1° l'extension préparatoire, 2° la réduction, 3° la consolidation et l'exercice de l'articulation soulagée du poids du corps. — Cette méthode a contre elle de nombreux insuccès, et l'obligation où l'on se trouve de condamner le sujet à demeurer étendu un temps prolongé.

Pour obvier à ce dernier point, Lorenz réduit dans une première séance, puis applique un appareil plâtré étendu des aisselles aux malléoles et qui maintient le membre en abduction forcée. L'appareil sec, l'enfant doit marcher, de sorte que la pression constante de la tête fémorale sur le cotyle, le déprime et le façonne. Cette méthode a donné quelques succès, mais elle est encore à l'étude. — L'auteur du travail que nous analysons se rallie à cette méthode dans le cas de luxation uni-latérale.

Nous n'insistons pas sur le traitement chirurgical. Les opérations palliatives combattent la rétraction musculaire d'une part, et d'autre part tendent à fixer la tête fémorale dans la fosse iliaque. L'opération curative peut refaire une articulation en creusant une cavité cotyloïde dans l'ancienne plus ou moins comblée. Il existe plusieurs procédés : les plus connus sont celui de Hoffa, celui de Lorenz et celui de M. Broca.

Il faut commencer par faire l'extension continue pour supprimer la rétraction musculaire. L'opération comprend 4 temps.

1° Aborder l'articulation et l'ouvrir.

2° Creuser le cotyle et façonner la tête.

3° Réduire la tête dans le cotyle.

4° Refaire la capsule et les plans musculaires.

Quant aux résultats, nous ne pouvons mieux faire pour les apprécier que de transcrire les conclusions de l'auteur :

« Dans les cas exceptionnels, la restauration est parfaite, à ce point qu'on ne soupçonnerait pas que la hanche a été déformée.

Généralement il n'en est pas ainsi : il persiste un peu de raccourcissement et une légère claudication, une certaine diminution dans l'amplitude des mouvements, mais la déviation est en grande partie corrigée, la boîterie est infiniment moindre et n'a plus le même caractère, l'endurance à la fatigue est considérable, les douleurs sont supprimées. Enfin et surtout, l'avenir n'offre plus une menace d'aggravation, mais une espérance, car l'état fonctionnel s'améliore de plus en plus et ce n'est même qu'au bout d'un an environ après l'opération, que le sujet en retire tout le bénéfice. »

A. PASCAL.
Int. des Hôp. de Paris.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les médecins étrangers en France.

Tout ce qui s'est dit, récemment, sur l'exercice de la médecine en France par les médecins étrangers, a ému certains de ceux-ci. C'est ainsi que le Docteur H. J. Johnston Lavis, qui exerce l'hiver dans les Alpes-Maritimes, nous adresse la lettre suivante, concernant, les médecins Anglais et Américains.

Bien que notre confrère Anglais nous paraisse à côté de la question, nous n'hésitons pas à publier son article :

« Ne tuons pas la poule aux œufs d'or » ! est un avertissement qu'une certaine classe de médecins qui se livrent à une agitation aveugle semble vouloir oublier. Quelques journaux médicaux et autres se sont occupés, pendant de longs mois, d'adapter le protectionisme commercial la médecine.

Tous les arguments raisonnables et déraisonnables ont été préconisés contre les médecins étrangers exerçant en France, mais, ce qui est assez curieux, c'est qu'aucun effort ne semble avoir été fait pour s'enquérir auprès des envahisseurs eux-mêmes des motifs de leur invasion.

Je crois donc faire œuvre utile, en plaçant devant le public, intéressé au sujet, quelques réflexions d'un médecin étranger exerçant en France. Je ne me sens compétent dans la question que pour ce qui regarde les Anglais, mes compatriotes, et les citoyens des Etats-Unis établis en France, et je laisse aux docteurs d'autres nationalités le soin de défendre leurs droits. Qu'il me soit permis de dire que je possède l'avantage d'être pleinement qualifié non seulement en France, mais encore en Italie et en Angleterre et que j'ai exercé tour à tour dans ces trois contrées et que l'expérience ainsi acquise pourra peut-être justifier mon intervention dans la discussion actuelle.

L'invasion si commentée des étudiants et docteurs étrangers n'est certes pas une invasion d'Anglais ou d'Américains. La liste suivante donne la distribution des membres de la « Société médicale Anglo-Américaine Continentale ». Cette liste contient à une ou deux exceptions près, tous les praticiens qualifiés en Angleterre ou dans les Etats-Unis et exerçant en France.

Aix-les-Bains	2*	Boulogne-s.-Mer	1
Beaulieu A. M.	1*	Corse	2
Biarritz	2	La Bourboule	1*
Cannes (dont 3 ne sont pas membres de la A. A. M. S.)	8	Paris	23
Dinard	1*	Pau	2
Hyères	2*	Royat	1*
Menton	4 et 1*	Salies-de-Béarn	1
Nice	2 et 3*	Vichy	1*

L'astérisque indique des docteurs exerçant à deux endroits, l'été dans l'un, l'hiver dans l'autre, de façon qu'en tout, il y a seulement 52 médecins anglais ou américains qui exercent en France. Parmi ces médecins, plusieurs sont eux-mêmes dans un tel état de santé qu'ils ne peuvent voir que très peu de malades. On peut même dire que dans la plupart des cas, leur exil est dû au mauvais climat anglais qu'ils ne peuvent supporter et à des causes politiques comme c'est généralement le cas pour les médecins français établis en Angleterre. Maintenant, ces médecins anglais ou américains causent-ils une grande perte financière à leurs confrères français ? A cette question on peut répondre hardiment non, parce qu'ils ne recherchent pas le client français. . . . .

. . . .

. . . .

Donc, le docteur anglais en principe ne soigne que le client anglais.

Je sais, que quelques médecins français de la Rivière croient que si le confrère anglais n'existait pas, ils auraient toute cette clientèle anglaise. Mais c'est une erreur. . . . .

Et le jour où il n'y aurait plus de médecin anglais à la Rivière Française, le client anglais irait chercher soleil et santé à la Rivière Italienne, en Egypte, à Alger, à Tanger, Malaza, Madère, Téneriffe, Le Cap, La Floride, les Antilles, toutes localités qui commencent à être très « à la mode ». Tandis qu'en été au lieu d'aller à Aix-les-Bains, Royat ou Vichy, le client anglais choisira simplement une des nombreuses stations thermales qui se sont développées si rapidement en Angleterre ces dernières années, comme Harrozate, Bath, etc. (1)

Quant aux Américains, ils possèdent chez eux une grande variété de climats et d'eaux minérales.

. . . .

Au surplus, je comprends très bien, par exemple, le ressentiment de l'ouvrier français contre l'ouvrier italien qui vient lui faire une concurrence à bas prix. Ce ressentiment, l'ouvrier anglais le partage aussi et pour la même raison, contre l'ouvrier allemand. Mais, sous ce rapport, le médecin français ne peut pas se plaindre de son confrère anglais, qui maintient ses honoraires à un chiffre plus élevé que celui du médecin français de même rang et dans la même localité. La concurrence à bas prix est ici faite par le médecin français en ce qui touche le client anglais. . . . .

. . . .

Ensuite, les médecins anglais ou américains se limitent aux « saisons » et ne recherchent pas le client résidant toute l'année.

. . . .

. . . .

Enfin, les titres anglais ne sont pas inférieurs

(1) Grand bien leur fasse ! ! Après essai, ils reviendront en France.

aux titres français et je puis affirmer que, généralement parlant, les examens de Doctorat en Angleterre il y a 20 ans, étaient plus difficiles et détaillés que ceux en France il y a un an ; le jeune homme anglais entrant dans la profession est déjà plus pratique que le jeune homme français. . . . .

Dans les stations sanitaires françaises fréquentées par les Anglais, on semble oublier ou ignorer ce que le Dr Bennett, un Anglais, a fait pour Menton, qui, grâce à lui, voit des millions de francs passer chaque année des mains anglaises dans les poches françaises, ce que le Dr Frank a fait pour Cannes et ce que beaucoup d'autres médecins anglais font pour la localité où ils exercent et où leur réputation et leur influence amènent à la fois l'invalide en quête de santé et les connaissances qui simplement recherchent un bon soleil.

Il est digne de remarque d'ailleurs que les agitateurs les plus violents sont les médecins, qui n'ont pu se former qu'une très petite clientèle. . . . . Beaucoup de mes confrères français de la Rivière admettent franchement qu'ils perdront beaucoup directement et indirectement, si on supprime dans cette région le docteur anglais et le docteur américain.

Considérons maintenant les remèdes appliqués ou suggérés, contre cette soi-disant invasion de médecins étrangers. Il y a d'abord la loi du 30 novembre 1892 prescrivant que tout étranger désireux d'exercer en France doit passer tous les examens, comme un simple étudiant, sans prendre en considération s'il est déjà qualifié, s'il a déjà exercé et s'il possède des titres scientifiques.

Dûment qualifié déjà dans deux autres contrées, et après environ 20 ans d'exercice, il m'a fallu pour pouvoir exercer en France me soumettre à toutes les questions difficiles d'une série d'examinateurs . . . . . . Par exemple, il est accepté de demander à un étudiant l'inscrtion exacte de quelque muscle peu important, mais poser cette même question à un praticien qui pendant 20 ans n'a exercé que la médecine pure est simplement une ennuyeuse perte de temps. Prenons le cas d'un certain nombre de mes confrères anglais très occupés et qui pour raison de santé désirent passer l'hiver à la Rivière et voudraient au moins gagner une partie de leurs dépenses, tout en facilitant par leur présence ce même séjour à leurs compatriotes. Ils en sont empêchés par cette loi, car comment pourront-ils, dans leur état débile, se préparer à passer dans une langue qui n'est pas la leur, des examens sur 15 ou 16 sujets ? — La loi ne fait aucune distinction entre le praticien d'expérience et le jeune Docteur frais émoulu ; pas plus qu'elle n'en fait entre un M. D. ou un M. S. de Londres, les deux grades les plus difficiles à obtenir et un M. D. de Patagonie ou de n'importe quel pays semi-barbare.

Une autre trouvaille a été de nous obliger au service militaire ou à la naturalisation en France. Ces deux suggestions sont également déplacées parce que forcer un étranger au service militaire serait simplement créer un déserteur le jour d'une déclaration de guerre, et serait par conséquent une dépense inutile pour la nation, ajoutée à une perte de temps pour l'individu soumis à ce service. Une naturalisation forcée ne pourra jamais faire un patriote pour la nation qui force . . . .

On propose aussi l'obligation pour tous les étrangers de passer le baccalauréat en français. Or supposez Charcot, Dujardin-Baumetz ou Nelaton exilés pour raisons politiques ou climatiques et désireux de gagner leur vie par leur profession, obligés de passer en langue anglaise un examen analogue d'algèbre, littérature anglaise, histoire d'Angleterre, version latine et grecque, etc. C'est cependant cette absurdité, qu'on propose en rendant obligatoire l'obtention du baccalauréat français pour l'étranger déjà gradé.

Ces règlements si absurdes ne font que démontrer fortement la manière superficielle avec laquelle la question a été traitée.

Enfin, le comble de l'absurdité est la proposition faite d'établir une taxe extraordinaire sur le Docteur étranger exerçant en France. Remarquons d'abord que la plupart de ces médecins étrangers sont loin de balancer leurs dépenses par la seule profession et qu'ils n'ont en tout cas qu'une très courte saison, pour gagner de quoi vivre pendant toute l'année. Est-il juste de commencer à appliquer cette taxe sur la profession la plus libérale et qui donne la plus grande somme de travail gratuit ? — Supposons des représailles sur les Docteurs français établis à l'étranger et sur les modistes, les coiffeurs, les professeurs, les artistes français, seulement parce qu'ils sont étrangers.

Ce serait le retour vers les temps barbares ! — En Angleterre, les Docteurs français ou d'autres nations civilisées sont librement admis à exercer, pourvu qu'ils soient dûment qualifiés dans leur propre pays. Et le nombre de ces Docteurs étrangers en Angleterre, est assez considérable : une statistisque à ce sujet serait intéressante.

. . . .

. . . .

H. J. Johnston-Lavis.

Nous avons dit que le Docteur Johnston-Lavis était à côté de la question ; c'est qu'en effet les quatre médecins Anglais et Américains dont il parle — et il le prouve lui-même — ne sont aucunement dans le cas des médecins étrangers, contre l'invasion desquels le corps médical Français s'est justement soulevé. A côté des 700 médecins étrangers de Paris, il y en a des centaines d'autres qui ont envahi la province. Que ces messieurs restent chez eux, ou s'en aillent dans l'hospitalière Angleterre !

Que les médecins étrangers viennent accompagner et soigner leurs nationaux, ce n'est pas de cela que nous nous plaignons ; mais que ces étrangers viennent, le plus souvent sans titres égaux à ceux qu'on réclame de nous, s'installer en France pour pratiquer la médecine comme nous-mêmes et nous disputer le morceau de pain souvent si fort difficile à gagner, c'est ce que nous ne saurions admettre — et c'est pour cela que nous applaudissons des deux mains aux mesures récemment édictées contre cette invasion d'un nouveau genre.

La lettre du Dr Johnston-Lavis en abordant un point spécial de la question qui n'est pas visé, ne peut rien changer à nos sentiments.

Mais, où nous ne saurions être d'accord avec lui, c'est lorsqu'il paraît tirer argument d'une prétendue supériorité de savoir de ses compatriotes. Que les médecins anglais soient instruits, nous n'y contredisons pas ; que le Dr Johnston Lavis ait pu se trouver en rapport avec quelques médecins français plus ou moins ignorants, la chose n'est pas impossible et nous ne rechercherons pas si la réciproque ne s'est jamais présentée — mais nous pouvons, sans chauvinisme aucun, accepter pour le corps médical Français la comparaison avec celui de n'importe quel autre pays. Notre confrère a sans doute été trompé par le niveau des examens qu'en France, on fait subir aux étrangers : ce niveau lui a semblé insuffisant, nous ne contredisons pas encore et c'est bien pour cela que nous protestons. A. G.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de la Haute-Vienne.

10 *août* 1896.

Présents : Drs de Font-Réaulx, *président* ; Boulland, *vice-président* ; Desbrières, *secrétaire général* ; Bosset, *secrétaire des séances* ; Filhoulaud, *syndic* : Bleynie (L.), Bourdeau-d'Antony, Boussenot, Braud, Delotte, Devaux, Ranty, Thomas, Thouvenet (Albert), Vignaud-Dupuy de Saint-Florent.

Excusés : MM. les Drs du Basty, Laporte, Thomas-Duris.

Membres du syndicat.

M. le Dr Moulinier, de *Limoges*, est admis comme membre du Syndicat.

Médecins-Pharmaciens.

M. Boussenot demande pourquoi la décision de l'assemblée générale, stipulant que, suivant les règlements du syndicat, un médecin-pharmacien, exerçant les deux professions, ne peut faire partie du syndicat des médecins de la Haute-Vienne, ne figure pas au compte rendu de la dernière séance.

Le Président, tout en reconnaissant la justesse de cette réclamation, ne pense pas que la mesure grave demandée contre un membre du syndicat, puisse être appliquée sans entendre la personne visée, d'autant qu'elle faisait partie du syndicat avant d'exercer les deux professions ; mais que l'assemblée générale peut trancher la question, par un vote, les règlements du syndicat étant formels sur ce point.

A la majorité des membres présents, il est décidé qu'un médecin-pharmacien exerçant les deux professions et ayant officine ouverte, ne peut continuer à faire partie du syndicat ; et que le membre visé sera rayé jusqu'à ce qu'il ait fermé son officine.

M. Louis Bleynie prie le bureau du syndicat de s'informer, auprès du Conseil judiciaire de l'Union des syndicats de France, pour savoir s'il n'existe pas un arrêt de la Cour de cassation interdisant aux pharmaciens-médecins d'aller voir des malades en ville, tout en tenant officine ouverte, arrêt appuyé sur ce qu'il est impossible qu'une pharmacie soit bien tenue, si le titulaire passe son temps au domicile des malades.

Ce vœu est accepté et appuyé par tous les membres présents. Le Président se charge d'obtenir tous les renseignements possibles, et d'en faire part à la prochaine assemblée générale.

Bureau.

Il est ensuite procédé au renouvellement des membres du bureau et des syndics. Sont élus :

Président : Dr de Font-Réaulx.
Vice-Présidents : Drs Boulland et Louis Bleynie.
Secrétaire général-Trésorier : Dr Desbrières.
Secrétaire des séances : Dr Bosset.
Syndics : les Drs du Basty, Filhoulaud, Audoynaud, Marquet, Frugier.

M. le Dr de Font-Réaulx, *président*, prononce une allocution dont nous extrayons les passages suivants :

Rapidement, je l'espère, ceux de nos confrères qui ne sont pas encore affiliés et qui en sont dignes, viendront au syndicat. Ils auront compris la justesse du mot du Dr Le Baron, fondateur du syndicat de la Seine, « qu'un médecin digne de ce beau nom a d'autres » soucis que celui de ses propres intérêts, qu'il doit, » sous peine de contrevenir aux lois sacrées de la so- » lidarité, consacrer quelque peu de son temps et de » sa fortune au bien commun ».

Combien plus étendus seront les bienfaits de l'Association quand ses membres n'auront pas à compter, dans la poursuite de « *l'amélioration progressive* « *des conditions morales et économiques de l'exercice* « *de l'art médical* », avec cette vilaine chose « *la concurrence* ». Personne ne peut contester maintenant l'utilité des syndicats médicaux.

Votre Président a été saisi de trois plaintes de confrères froissés par de mauvais procédés. Dans deux des cas, il a eu la satisfaction de dissiper une situation regrettable et il espère voir, dans le dernier, des relations meilleures s'établir. La solidarité confraternelle est d'autant plus agréable à pratiquer qu'elle supprime les représailles.

Votre bureau a eu à donner son avis sur deux notes d'honoraires contestées par des clients trop économes.

Dans un cas son avis a été suffisant pour amener un tribunal à rendre justice à votre confrère.

Le Concours Médical et ses œuvres.

Parmi les œuvres dont la bienfaisante paternité revient au docteur Cézilly, président de l'Association de l'Oise, président d'honneur de l'Union des syndicats, je crois devoir surtout vous signaler :

1° La *Société du Concours médical* et son *Journal.*

2° La *Caisse des pensions de retraite* du corps médical.

3° L'*Association amicale des médecins français* pour l'indemnité en cas de maladie.

Ces trois créations sont en plein développement. Notre département est un de ceux où elles sont le moins connues. Je crois vous être agréable en vous faisant distribuer des documents sur ces œuvres.

Vous n'ignorez pas que le Dr Cézilly est celui de tous les promoteurs qui a le plus fait pour la création des syndicats et pour obtenir, avec le docteur Chevandier, la loi sur la médecine. Il est l'artisan dévoué de ce mouvement considérable d'idées pratiques, qui remue heureusement le monde médical.

MM. Boussenot, *Saint-Paul-d'Eyjeaux* ; Basty (du), *Saint-Léonard* ; Blanc, *La Croisille* ; Bleynie (F.), Bleynie (L.), Bosset, Boudet, Boulland, Bourdeau d'Antony, Bourguignon, Delotte, Desbrières, Devaux, Donnet, *Limoges* ; Filhoulaud, *Ricrrebuffière* ; Larmaraud, *Eymoutiers* ; Lemaistre (P.), Lemaistre (J.), Mallebay, *Limoges* ; Mazin, *Solignac* ; Moulinier, Périgord, *Limoges* ; Pontis, *Laurière* ; Pradet, *Eymoutiers* ; Ranty, *Ambazac* ; Raymond, Simonin, Teyssedre, *Limoges* ; Thomas-Duris, *Eymoutiers* ; Thouvenet père, *Sourue, près Nieul* ; Thouvenet fils, *Limoges* ; Vallière, *Saint-Léonard* ; Audoynaud, *Nantiat* ; Bognaud, *Arnac-la-Poste* ; Decrossas, *Razès* ; Genty, *Dompierre* ; Jarry, *Nantiat* ; Laporte, *Bessines* ; Marchadier fils, *Bussière-Poitevine* ; Braud, *Saint-Laurent-sur-Gorre* ; Font-Réaulx (de), *Saint-Junien* ; Marquet, *Rochechouart* ; Ménard, *Saint-Junien* ; Merlin-Lemas, *Saint-Victurnien* ; Vignaud de Saint-Florent, *Saint-Junien* ; Bethout, Cheize, *Saint-Germain-les-Belles* ; Escorne, *Saint-Yrieix* ;

Frugier, *Nexon*; Lemoyné, *Saint-Yrieix*; Thomas, *Nexon*.

Le secrétaire,
Dr Bosset.

REPORTAGE MÉDICAL

Concours de l'internat et de l'externat. — Le jury de l'internat est provisoirement composé de MM. Brocq, Dumontpallier, Lebreton, Achard, Lejars, Guinard, Richelot, Panas, Pinard et Maygrier.

Le jury définitif de l'externat est composé de MM. Jacquet, Lesage, de Gennes, Courtois-Suffit, Arrou, Rieffel, Villemin et Potocki.

— *Titres des médecins de réserve et de territoriale aux décorations.* — Nous détachons d'une instruction du ministre de la guerre sur les inspections générales l'intéressant passage suivant :

Les chefs de corps ou de service devront, en conséquence, présenter les officiers pour l'admission et l'avancement dans la Légion d'honneur en leur attribuant, autant que possible, l'ordre de préférence ci-après ;

1° Ceux qui, ayant satisfait aux obligations de la loi, ont demandé à être maintenus soit dans la réserve de l'armée active, soit dans l'armée territoriale, continuent à remplir effectivement leurs obligations et justifient en outre des conditions énumérées aux paragraphes 2° et 3° ci-dessous ;

2° Ceux qui ont accompli en plus de leurs périodes d'exercices réglementaires, un nombre de stages volontaires au moins égal à la moitié du nombre de ces périodes réglementaires ;

3° Ceux qui ont accompli, en plus de leurs périodes d'exercices réglementaires, un certain nombre de stages volontaires inférieur au chiffre fixé au paragraphe précédent, ont suivi avec fruit et assiduité les écoles d'instruction ;

4° Enfin, ceux qui ont accompli strictement le nombre de périodes d'exercices réglementaires.

En aucun cas, il ne devra être tenu compte des stages obligatoires accomplis pour insuffisance d'instruction. »

— *Hommage au Dr Maillot.*— Le 18 octobre dernier a été inauguré à Briey (Meurthe-et-Moselle), en présence du ministre de la guerre, le monument élevé à la mémoire du Dr Maillot, ancien médecin inspecteur et president du conseil de santé des armées, qui rendit un si éminent service à l'Algérie et à nos troupes d'Afrique, en instituant le traitement par la quinine efficace contre le paludisme.

— *Distinctions honorifiques.*— Parmi les noms des confrères qui viennent de recevoir les palmes d'officier d'Académie, nous relevons ceux des membres du « Concours médical »: MM. les Drs Baches, de Sos, et Berguin de Castelmorou (Lot-et-Garonne), Greuell, de Gérardmer (Vosges), Marcotte et Woimant, de Soissons, Quentin, de Rouen, Waquet de Lorient.

M. le Dr Léon Petit, délégué du ministère de l'intérieur au contrôle de la loi d'assistance médicale, a été nommé officier de l'instruction publique.

— *La Fête du Cinquantenaire de l'Anesthésie.* — Par suite de l'impossibilité absolue d'organiser pour le 16 octobre, date précise de la découverte, la cérémonie du Cinquantenaire de l'Anesthésie, en raison des vacances et plus particulièrement des fêtes données en l'honneur du Czar, la Commission, dans sa dernière réunion, a décidé de la reculer au lundi gras. — Un avis ultérieur, qui paraîtra sous peu, donnera des détails circonstanciés sur le programme adopté définitivement.

— *L'erreur judiciaire de Malaunay.* — On revise enfin le procès de la femme Druaux, cette malheureuse débitante de Malaunay, condamnée par le Jury de la Seine-Inférieure en 1888, comme coupable d'empoisonnement suivi de mort, sur son mari et sur son frère. Les faits ont surabondamment prouvé l'innocence de cette infortunée, qui a failli être condamnée à mort et a été *emprisonnée injustement pendant six ans.* C'est donc encore une de ces monstrueuses erreurs à l'actif de la magistrature, comme celle de la condamnation de notre malheureux confrère Laffite, il y a deux ans. Ah ! ils peuvent être impitoyables pour les médecins, ces messieurs du Palais ! Il serait gros, le catalogue des erreurs judiciaires ! Au moins, aurait-il été désirable que les médecins experts du procès de Malaunay n'eussent pas si facilement cédé à la pression des magistrats, tout prêts à les rendre seuls responsables. Que la justice fasse des erreurs, hélas ! ce n'est pas nous qui pourrons changer cela ; mais, puisque les magistrats ont besoin de notre ministère, pour appuyer leurs accusations, défionsnous toujours de leurs opinions préconçues, *et ne nous prononçons dans nos rapports médico-légaux qu'après avoir la preuve scientifique la plus absolue.*

— Le préfet du Pas-de-Calais vient de prendre un arrêté suspendant de ses fonctions M. Sauvage, maire de Bucquoy. Cette mesure est motivée par ce fait que M. Sauvage en détachant un feuillet du registre des indigents de Bucquoy a, de sa propre autorité, éliminé plusieurs habitants de la commune qui devaient figurer sur cette liste.

— *Syndicat des médecins de la Seine.* — L'assemblée générale du syndicat est fixée au dimanche 29 novembre, à deux heures précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Le dîner, primitivement fixé au 20 octobre, est remis au 25 novembre et aura lieu en même temps que celui de l'Union des syndicats médicaux de France, à 7 h. 1/2, chez Ledoyen (carré des Champs-Elysées). Prix : 15 francs.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4.020. — M. le docteur Lapoulle, de Saint-Sulpiee-les-Feuilles (Haute-Vienne), membre de l'Association des médecins de la Haute-Vienne.

N° 4.021. — M. le docteur G. Comar, de Paris, présenté par M. le Directeur.

ERRATUM

Dans le n° 40, au cours de notre compte rendu du Congrès de gynécologie, page 476, nous avons cité une communication de M. Pecker en ajoutant: *de Mantes.* C'est *de Maule*, qu'il faut lire.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année | N° 44 | 31 Octobre 1896

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

des Membres de la Société civile du Concours Médical

Les membres de la Société civile du Concours médical sont convoqués, en Assemblée générale, le dimanche 15 novembre, à 4 heures, dans les salons du restaurant Marguery, 36, boulevard Bonne-Nouvelle.

Ordre du jour :

1° Constitution du Bureau.
2° Allocution du Directeur.
3° Création d'une caisse de pensions de droit pour les veuves et les orphelins du corps médical français.
4° Etude sur la possibilité de la création, par les médecins eux-mêmes, des établissements médicaux, qui manquent à la France (sanatoria, asiles pour les intempérants, etc., etc.).
5° Consultations payantes dans les hôpitaux et admission des malades payants dans les mêmes hôpitaux.
6° Rapport financier. Approbation des comptes. Vote du budget pour 1896-1897.
7° Proposition des membres du Concours.

—

Banquet à 7 heures. Le prix de la souscription est de 10 fr., la Société civile prenant à sa charge les frais supplémentaires.

Le Conseil de direction ne saurait trop insister sur la nécessité impérieuse qu'il y a, de le *prévenir de l'intention d'assister au banquet*, afin qu'il puisse prendre les mesures nécessaires.

Assemblée générale des Membres de l'Association amicale des Médecins français.

L'Assemblée générale aura lieu dans les salons du restaurant Marguery, le même jour, 15 novembre, à 2 heures précises.

Ordre du jour :

1° Allocution du président.
2° Rapport du secrétaire général sur la situation morale de l'œuvre.
3° Rapport du trésorier sur la situation financière.
4° Rapport des contrôleurs et approbation des comptes de l'année 1895.
5° Interprétations et modifications, s'il y a lieu, de plusieurs articles des statuts.
6° Election de deux contrôleurs.

RAPPORTS STATUTAIRES AUX MEMBRES DU CONCOURS MÉDICAL

Rapport du Conseil de Direction.

Chers Confrères,

Depuis la fondation de notre Société, le *Conseil de Direction* a toujours mis en pratique la devise du Concours médical : *Tous pour un.* Il s'est de plus conformé à sa règle de conduite absolue : *s'intéresser à toutes les questions médicales, qui viennent à surgir, et combattre pour les solutions favorables à la profession.* Il sait que : lutter c'est vivre et que, plus qu'à personne, les combats lui sont obligatoires pour l'accomplissement de la tâche qu'il s'est imposée: la recherche du bien, du mieux, pour le médecin et, en particulier, pour les membres du Concours.

Il voudrait arriver surtout à ces résultats que l'un de nos collaborateurs, M. le Dr *Jeanne*, décrivait, dans un de ces propos du jour qui, depuis un an, ont révélé, en lui, un de ces écrivains médicaux au style sobre, châtié, éloquent, qui, en quelques mots, disent excellemment ce qu'il faut dire. Ils sont des modèles. Voici le *propos du jour* que nous avons en vue et où, après avoir décrit les odieuses et anciennes pratiques de rivalité médicale, M. Jeanne ajoute :

Or, nous connaissons une région (il en est d'autres, sans doute) où ces habitudes sont en train de disparaître. Nous y savons nombre de localités où tous les médecins s'entendent, dès que paraît un ennemi commun : mutualité, administration ignorante ou malveillante, par exemple ; où l'on accepte de s'aider près des malades, où l'on échange, sans arrière-pensée, une poignée de mains, et non des coups de fouet, comme cela s'est vu jadis ; où l'on ne se subtilise plus les patients en cours de traitement, où l'on devient même amis, amis intimes, quoique rivaux directs ; où le médecin malade peut confier sa clientèle à un concurrent, qui la lui rend intacte ; où les différends sont portés devant l'arbitrage des confrères et s'y résolvent en poignées de mains, etc., etc.

Ce pays existe, en vérité, où la lutte pour la vie ne se servira bientôt plus que d'une seule arme, l'activité, qui est une arme loyale.

Et qui a fait cette bienfaisante révolution?

Un syndicat de *trente* membres, exerçant dans un rayon de 40 *kilomètres*, à côté d'une *vingtaine* de confrères, qui toujours traités confraternellement *comme s'ils étaient syndiqués*, se joindront un jour prochain, ou par sympathie, ou par réflexion, ou par communauté d'intérêts, aux fondateurs de la Société.

C'est que, dans ce syndicat, on a travaillé avec ardeur, on a été exact aux réunions, on a resserré les lieux de toute façon, en s'enrôlant dans le *Concours*, dans les œuvres de prévoyance, *Caisse des pensions*, *Association-maladie* ; on a discuté ferme..... et banqueté de même.

Chaque rendez-vous a été une victoire de la cordialité sur la défiance, de la solidarité sur la réserve louche, de l'intérêt commun sur les petits égoïsmes.

Aussi entrevoit-on le jour où, à propos de l'émancipation vis-à-vis des compagnies d'assurances-accidents, dans un banquet général, nous fêterons la réunion tant désirée de la famille entière, et regarderons d'un œil tranquille les efforts impuissants de ceux qui ne nous menacent qu'en s'appuyant sur des dissidences malavisées. »

Ah ! certes, le Conseil de Direction du Concours s'enorgueillit d'avoir, plus que personne, contribué à l'établissement des Sociétés nouvelles. Lorsqu'il a été fondé lui-même, on ne connaissait en France que l'Association de la Seine et l'Association générale. Depuis, bien des Sociétés médicales se sont fondées ; le Concours n'a été étranger à aucune d'elles et peut revendiquer une part de leurs succès.

Mais aucun résultat acquis ne lui est aussi précieux que la *diminution de la rivalité médicale*, que l'établissement d'un peu plus de confraternité.

Remarquons aussi que, si notre société recherche ce résultat et l'obtient parfois parmi ses adeptes, ce n'est pas que les circonstances soient favorables à ses efforts. Au contraire, la multiplication du nombre des médecins, celle des hôpitaux gratuits, des cliniques, des dispensaires, des sociétés d'assistance et de prévoyance ; les exigences des administrations, le peu de bienveillance de la magistrature, l'absence de répression de l'exercice illégal, les progrès de l'hygiène, etc., ont conspiré à rendre plus ardente, plus âpre, la lutte des médecins pour leur pain quotidien. Combien, parmi eux, au premier procédé indélicat, dont ils sont les victimes, se croient le droit de jouer des coudes, de faire fi de nos recommandations de confraternité, et deviennent ainsi les artisans du désastre qui menace les médecins dans quelques années !

S'il en est ainsi de quelques-uns de ceux à qui nos collaborateurs prêchent, tous les jours, la bonne parole, qu'adviendra-t-il des bien plus nombreux, qui ne l'entendent jamais, qui croient que tout leur est permis, à l'abri de leur diplôme ; qui ignorent leurs devoirs, qu'on ne leur enseigne nulle part, et supposent que leur volonté suffira à les mettre au pinacle ! Ne nous en a-t-on pas signalé un, ces jours-ci, qui jetant son dévolu sur une région riche et bien pourvue de médecins, vient dire à ceux-ci : « Désormais, je pratiquerai *toutes les opérations*, quelles qu'elles soient, moi ou mon assistant. Celui d'entre vous qui aura la prétention de se passer de moi, je le mettrai à l'index ; je verrai ses malades, à n'importe quel prix, etc., etc.. » C'est à ne pas le croire. Il est vrai que ces prétentions, si on nous les a exposées sous leur véritable jour, sont assurées d'aboutir à une déconvenue lamentable et bien méritée. Mais elles expriment un état d'âme ! Ces écarts et tant d'autres, justifieraient la demande, par les médecins, de chambres syndicales. Tout médecin jouirait du droit d'électorat ; il constituerait, par son vote, les chambres de département, qui, à leur tour, éliraient la chambre générale. Celle-ci serait notre véritable représentation, déterminerait nos droits et nos devoirs, exprimerait nos vœux, élirait le tribunal supérieur des conflits, nommerait le *doyen des médecins*, qui pourrait très bien n'être pas le même que le *doyen des facultés*.

Le *Conseil de Direction* estime que ces aspirations méritent d'être étudiées et que tôt ou tard, on reconnaîtra que, seules, les associations peuvent assister efficacement les membres d'une profession et faire une équitable police parmi eux.

Bien peu nombreuses, les questions médicales qui ont obtenu une solution durant l'année qui vient de s'écouler :

On avait de toutes parts, le Dr Gassot en tête, invité le gouvernement à présenter un projet de loi pour éviter l'*encombrement* des facultés par les étudiants étrangers et de la médecine française par les médecins étrangers, ayant ou non fait leurs études dans notre pays. On ne voulait donner des dispenses, des facilités, qu'aux médecins étrangers, qui déclareraient ne vouloir exercer qu'à l'étranger ; on les refusait à ceux qui prétendaient faire concurrence aux nôtres. La loi Pedebidou aurait mis des années à être votée et ce que M. le Dr *Jeanne*, le 27 juin, formulait ainsi : *qu'on décide la question par simple règlement d'administration publique*, fut tranché dans ce sens le 21 juillet, par circulaire ministérielle de *M. Rambaud*. Nous avons gain de cause sans loi. Mais la question de l'internat n'est pas décidée. Le Conseil de direction persiste à penser que toutes les places d'internes doivent être réservées à nos nationaux et que les étrangers reçus au concours, doivent seulement avoir le titre et doubler leurs collègues français, comme le demande M. le professeur Bard, de Lyon.

L'*Association générale* est enfin arrivée, cette année, à décider la création d'une caisse spéciale *pour les veuves et orphelins des sociétaires*. Quand une *Société locale* votera un secours à une veuve, à des orphelins, la Caisse dont nous parlons, lorsque l'état de ses fonds le permettra, doublera le secours ; pour remplir cette caisse, le Conseil général demandait 8 fr d'augmentation de la cotisation. Il n'a pu encore obtenir cette modification ; mais l'assemblée générale paraît avoir décidé que les nouveaux membres payeront 20 fr. au lieu de 12 fr. de cotisation. Le droit d'admission de 12 fr. n'est pas modifié et les anciens sociétaires auront le droit de s'en tenir à la cotisation de 12 fr.

Une loi en pleine exécution est celle de l'*Assistance médicale gratuite*. Mais les administrations départementales et communales visent, trop souvent, à éluder les prescriptions de la loi, en ce qu'elle a d'onéreux pour elles, et à rejeter sur les médecins la charge tout entière, comme avant sa promulgation. Le système du payement à la visite a les préférences générales ; mais à la pratique, des difficultés se révèlent et, parfois, nos confrères ne se rendent pas un compte suffisant de la modicité des allocations. De là, des conflits, que le Conseil de direction s'est toute l'année appliqué à atténuer.

La bienveillante et active intervention des *contrôleurs de l'Assistance publique* ne lui a jamais fait défaut, et il les en remercie. Le *Journal* a publié, dans ce but d'apaisement, tous les documents qui démontrent, qu'en haut lieu, on désire l'application sincère de la loi et que si des conflits surviennent, ils sont dus à ce que, ni les conseils généraux, ni les médecins eux-mêmes n'ont été mis en possession des documents où se reflètent l'esprit de la loi, les vues du gouvernement et notamment que les médecins, d'après l'article 16, sont jugés par une commission composée, en majeure partie, de leurs pairs. C'est à cette commission que nos confrères qui se considèrent comme lésés doivent s'adresser (no 15 du *Concours* 1896).

Une des théories du Conseil de direction, au sujet des sociétés de *secours mutuels*, commence à faire son chemin : *les médecins ne les connaissent plus en qualité de sociétés ; mais ils font aux mutuellistes*, qui sont de véritables ouvriers, l'abandon de 25 % sur le prix de leurs visites aux ouvriers aisés. A Chinon notamment, notre système a prévalu et, chose rare, a reçu l'approbation de la presse politique ! Dans nombre de localités, l'entente des médecins a apaisé les difficultés. Nous croyons que là est l'avenir, si les mutuelles ne se décident pas, comme nous le leur demandons, à calculer et à payer, *par tête*, un *prix d'abonnement* et à proclamer, en outre, chaque année, le montant des concessions faites par les médecins à chaque société.

La loi *Chevandier* dit formellement que l'exercice illégal sera poursuivi à la diligence des procureurs de la République. Il paraît que ces représentants de la loi mettent du temps à la comprendre ; car il en est un, parmi eux, qui, mis en demeure de poursuivre un charlatan de place publique, qui s'intitulait professeur, a pris sur lui, sans résultat, il est vrai, de *prier ce Monsieur, professeur, de ne pas s'occuper de médecine* ! Nos Sociétés médicales feront bien de stimuler ce zèle endormi.

Nous avons aussi appris la promulgation, en Algérie, de la loi Chevandier, réclamée depuis 1893 par nos confrères, qui espèrent qu'elle améliorera leur situation. D'autre part, que de questions médicales sans solution, malgré tous les efforts du *Conseil de direction* pour en démontrer l'importance. La *déclaration obligatoire des maladies*, surtout en province, a beaucoup de peine à s'imposer, parce qu'elle n'est pas suivie de la *désinfection* qui doit en être la conséquence, et qui, seule, pourrait faire passer le médecin pardessus les inconvénients de la déclaration.

Les *Conseils généraux* continuent à considérer l'hygiène et l'assistance de la même façon que, dans les familles, on considère les dépenses pour la santé, celle des médecins, des pharmaciens. Ce sont là des dépenses accessoires, de luxe ! La santé des populations, leur bien le plus précieux, compte dans les budgets pour un cinquantième, alors qu'il serait juste de lui consacrer le quart de toutes les ressources. — Comment réagir, si ce n'est en publiant, chaque fois que l'occasion s'en présente, tout ce qui se réfère à ces graves questions et en fournissant ainsi à nos confrères, surtout à ceux qui font partie des assemblées départementales et communales, les arguments nécessaires au triomphe de la bonne cause.

C'est pour le même motif que nous recherchons et publions, au journal, tous les documents intéressants sur la répression de l'alcoolisme qui, avec la dépopulation, constitue pour le pays une menace à bien brève échéance. Le Conseil de Direction estime que l'impôt le moins impopulaire, le plus médical, est celui qui, procurant d'amples ressources à l'Etat, diminuera en même temps, le nombre des charges de l'*Assistance publique* dues à l'alcool et à la dégénérescence de la race.

Nous n'avons pas à regretter l'échec de l'*impôt sur le revenu*. Il aurait été probablement difficile de le prélever sur les recettes médicales si incertaines, et nous préférons voir rechercher dans l'alcool, les ressources qu'on se promettait d'en tirer.

Nous avons toujours à souffrir de l'étroite interprétation, par le garde des sceaux, de la portée du tarif de 1893 sur les honoraires médicolégaux, les honoraires accrus dans une certaine proportion, le ministre prétend qu'ils sont toujours régis par l'article 22 du décret de 1811. Nous nous sommes efforcés en vain, jusqu'à ce jour, de comprendre cette restriction et en attendant, les vacations des médecins experts sont réduites au minimum. Nous aurons, en assemblée générale, à revenir sur cette question.

Pour être utile aux médecins pères de famille, le journal a publié deux remarquables travaux : l'un sur l'année des sciences physiques et naturelles, à l'usage des futurs étudiants en médecine et un autre sur la carrière de la médecine maritime. Nous examinerons, cette année, la carrière de la médecine militaire, dans le même esprit et le même but.

Parmi les lois avortées, il en est une qui depuis *15 années* se promène du Sénat à la Chambre et de celle-ci au Sénat, et ce n'est pas une loi banale, sans portée ; elle est réclamée de tous côtés. C'est la *loi sur les accidents du travail*. Une procédure parlementaire, qui produit de semblables effets est condamnée ; il faut que la volonté de l'une des deux Chambres puisse l'emporter après des délais, pour que le travail législatif ait quelqu'efficacité.

En ce qui concerne la révision de la loi sur l'exercice de la pharmacie, selon nos prévisions on n'en a plus entendu parler. Serait-ce que Messieurs les pharmaciens arrivent à estimer, que mieux vaudrait, peut-être s'en tenir encore longtemps à la loi de germinal. Ils en connaissent les lacunes. Mais à leur avis, peut-être, sont-elles moindres que celles que présentent les projets de loi dont on nous menace et contre lesquels le Conseil de Direction du Concours a réclamé avec énergie.

La suppression du *Baccalauréat*, gardien de l'entrée des études médicales, n'a pas eu de succès, et nous en sommes enchantés ; on envahit notre modeste carrière ; il est indispensable qu'elle soit défendue par les difficultés de l'obtention des diplômes, par l'élévation du niveau littéraire et scientifique de ceux qui veulent en forcer les accès et y pénétrer munis d'une instruction et d'une éducation supérieures.

Une loi attendue avec impatience est celle de la *protection de la santé publique*. Elle a pour rapporteur M. le professeur *Cornil*, auquel le Conseil de Direction se propose de demander diverses améliorations aux articles que nous connaissons.

Pour les *Syndicats*, nous avons, comme dans le passé, recherché tous les moyens à notre portée, pour favoriser leur développement, en faire comprendre l'utilité immédiate.

Le Concours médical a eu le grand mérite de leur signaler, le premier, une de leurs fonctions essentielles passées inaperçues : *Les Bureaux des Syndicats peuvent et doivent se présenter aux présidents des tribunaux civils et de commerce, en faisant valoir leur compétence et en offrant la gratuité de leurs services*. Alors, généralement, en vertu de la loi de 1884 qui dit que « les Syndicats pourront être consultés sur tous les différents et toutes les questions se rattachant à leurs spécialités » les tribunaux les acceptent comme experts et réclament, des bureaux, les rapports qui peuvent éclairer leur religion. Le *Conseil de Direction* ne saurait trop engager les Syndicats à entrer dans cette voie si pratique, qui leur permettra de faire, plus aisément, rendre justice à leurs membres et poursuivre l'exercice illégal, en se portant partie civile, pour réclamer des dommages et intérêts.

Le Conseil de Direction a la satisfaction de constater la prospérité de ses diverses œuvres. *Société civile du Concours médical*, *Caisse de prévoyance des assurés sur la vie, Caisse des pensions de retraite, Société de protection des victimes du devoir médical*, *Association amicale, pour l'indemnité de maladie* ; toutes ces organisations ont tenu leurs promesses et ne demandent qu'à prendre des développements.

Le Conseil espère le même succès pour la proposition qu'il va faire cette année, de l'œuvre des pensions de droit pour les veuves et les orphelins.

Après avoir conseillé deux modes de recouvrement des honoraires, qui ont eu de la peine à réussir en province, le Conseil de Direction a accepté les offres du *Syndicat français* indiqué aux annonces.

Il espère que nos confrères voudront y recourir et qu'ils parviendront, par cet intermédiaire qui a déjà fait ses preuves, à recouvrer des créances que jusqu'à ce moment, ils étaient souvent contraints de passer à profits et pertes.

En ce qui concerne les Conseils judiciaires de notre Société, le Conseil de Direction a été tout récemment contraint de renoncer à l'intervention de M. *Gaston Thomas*, qui cesse d'être adjoint à maître *Lordereau*. On avisera à le remplacer le plus tôt qu'il se pourra.

Outre les sujets qui ont, en 1896, fait l'objet de ses préoccupations, le Conseil a eu à s'occuper d'une foule de questions personnelles, à lui soumises par les membres du Concours. Le nombre de ces questions s'accroît avec le nombre des adhérents et leur étude prend une très notable place dans les séances fréquentes du Conseil. Il ne s'en plaint pas, au contraire ; il s'efforce de donner les solutions les plus confraternelles ; mais, en bien des circonstances, il est obligé de s'abstenir, ne pouvant se faire le juge des conflits qui surviennent, à moins que les *deux parties* aient contradictoirement exposé les faits et consenti formellement à un arbitrage. Il ne peut accepter la charge de dispenser des blâmes, charge qu'on voudrait parfois lui imposer. Les membres du Concours ont, en tout état de cause, la faculté d'en appeler, après examen du Conseil de Direction, à l'Assemblée générale annuelle, seul juge souverain des conflits.

Le Conseil de Direction se consacre avec assiduité à sa tâche ; mais, en échange, il réclame avec instance aux membres du Concours leur appui constant et la propagande des œuvres de notre Société. C'est la condition absolue pour que les résultats à obtenir dans l'avenir soient au moins semblables à ceux de nos dix-huit années d'exercice. *Le Conseil de Direction.*

Rapport du comité de Rédaction.

Toujours soucieux de rendre à ses lecteurs le plus de services possibles, le Journal le *Concours médical* a été, pendant l'année 1895-96, fidèle à son

habitude de ne publier que des articles éminemment pratiques et dégagés, autant que possible, de toute théorie et de tout détail histologique et micrographique non indispensables. Le comité de rédaction ne se dissimule pas les difficultés que présente souvent, la mise au point de questions banales et toujours renouvelées ; il fait tout ses efforts pour surmonter ces difficultés et il espère y avoir quelquefois réussi. Certes, il est des sujets, pour ainsi dire inépuisables, qui ne sauraient être traités, convenablement et complètement, du premier coup : il n'y a pas de mal à l'avouer ; le comité de Rédaction ne craint pas alors de remettre l'ouvrage sur le métier et de reprendre le sujet ébauché, pour le parfaire. C'est pour ce motif que l'on trouvera, parfois, dans le cours de la même année, une même question plusieurs fois traitée : c'est une redite volontaire et jugée nécessaire.

Pour *la partie scientifique*, nos rédacteurs habituels, principalement chargés des articles de médecine et de chirurgie généraux et spéciaux, se sont attachés à observer la régle de ne publier que des choses pratiques, vérifiées par l'expérience et les observations cliniques. Rejetant souvent la bactériologie, peu à la portée des praticiens non initiés, ils ont constamment cherché à faire une étude complète du diagnostic et du traitement, dont l'intérêt est plus immédiat. C'est pour cette même raison que les comptes-rendus des sociétés savantes et de plusieurs Congrès ont été écartés du cadre ordinaire du journal. Les questions, qui se traitent dans ces assemblées, sont souvent fort abstraites et intéressent plutôt les hommes de laboratoire que les cliniciens. Toutefois, le comité de rédaction n'a jamais omis les occasions de tenir les lecteurs au courant des études nouvelles qui ont pu être faites aux académies, en France ou à l'étranger. Les principaux Congrès de 1896 ont été analysés sommairement et plusieurs communications importantes de l'Académie, reproduites avec détails.

En dehors des questions classiques traitées dans de nombreux articles, la Rédaction s'est appliquée à traiter en détail certaines questions spéciales comme les tumeurs adénoïdes, les adénoïdites, l'ozène, le cancer du larynx, la pratique des injections auriculaires, le lavage du sang, les injections huileuses médicamenteuses, etc. La thérapeutique pure a été particulièrement étudiée cette année : l'arsenic, l'iode, la belladone, le quinquina, l'aconit, la digitale, l'acide salicylique et les salicylates, la noix vomique et les préparations amères ont fait l'objet d'articles soignés et détaillés dans un but pratique. Quelques observations cliniques ont été insérées avec empressement et, à ce propos, nous renouvelons à nos fidèles lecteurs, nos prières de nous adresser tout ce qu'ils jugeront utile et digne d'être publié.

La partie dénommée « La Semaine médicale » est destinée précisément à résumer les faits et observations, dont la publication *in extenso* serait trop encombrante pour les cadres de notre journal. L'analyse des thèses pratiques et les citations d'articles d'autres journaux, utiles pour les praticiens, sont aussi contenues dans la Semaine médicale ; enfin, lorsqu'une très importante ou très pratique communication est présentée à une Société Savante, la Rédaction en fait un résumé succint et l'insère dans cette même Semaine médicale.

Le comité de Rédaction a fait jusqu'ici et s'engage à faire dans l'avenir, tous ses efforts pour tenir ses lecteurs au courant de ce qui paraît de nouveau et en même temps de sérieux dans les sciences médicales, en apportant toujours à ses travaux l'esprit le plus impartial et le plus loyalement dévoué au bien de tous.

Vous savez, Messieurs, quelle place ont toujours tenue dans le *Concours médical* les questions professionnelles : celles qui ont été abordées ou reprises, pendant l'année, n'ont été ni moins nombreuses, ni moins importantes que les années précédentes.

Vous avez certainement remarqué l'innovation d'articles concis et substantiels à la fois, qui, sous le titre de *Propos du jour*, vous ont signalé, chaque semaine, les questions d'actualité. Notre confrère le Dr Jeanne, qui a bien voulu se charger de leur rédaction, vous est trop connu pour que nous ayons à le louer ici ; il nous est pourtant bien permis de dire qu'il a parfaitement réussi dans ce genre spécial et que ses conclusions humoristiques ou tranchantes résument à merveille l'exposé, toujours si clair, qui les précède.

Parmi les questions qui reviennent le plus souvent, nous devons signaler les articles *déontologiques* visant les devoirs du médecin vis-à-vis de ses confrères, vis-à-vis des tiers ou vis-à-vis de lui-même : c'est au nom de ces derniers que nous avons formellement repoussé la pratique de la *dichotomie*, qui commence à préoccuper la presse politique.

Cette presse politique ignore d'ailleurs trop les questions médicales pour pouvoir les traiter heureusement et ses gaffes — passez-nous le mot — sont trop nombreuses pour que nous songions à les relever : à peine pouvons-nous protester, lorsqu'elle se montre trop injuste ou trop ignorante à notre égard. Il est vraiment incroyable que les grands organes parisiens ne soient, en ce point, pas mieux rédigés, et nous sommes parfois étonnés en pensant que pas un d'eux ne songe, le cas échéant, à prendre l'avis d'une Association comme la nôtre.

Tout ce qui touche aux études médicales nous intéresse au plus haut degré. Nous avons protesté contre la *suppression projetée du Baccalauréat*, cette dernière barrière qui nous défend, quoique mal, contre l'envahissement de la profession médicale ; de même nous nous sommes prononcés pour le *maintien de la thèse* à la fin des études du Doctorat.

L'année de sciences *physiques, chimiques et naturelles* qui a remplacé le baccalauréat ès sciences, était totalement ignorée de nos lecteurs, nous avons demandé à un jeune étudiant de nous la faire connaître et nous pensons qu'il y a réussi.

Enfin, les questions, qui intéressent notre vie de chaque jour, ont été largement traitées au cours de cette année. Nous avons fait la propagande la plus active en faveur des œuvres de prévoyance que nous avons créées : *Caisse des pensions de retraite, Association amicale, caisse des victimes du devoir* ; nous avons publié leurs comptes-rendus et mis en bonne place toutes les communications, que leurs conseils directeurs ont bien voulu nous faire. Et ces jours derniers, nous donnions les bases sur lesquelles pourrait être

assise une œuvre nouvelle, *la caisse des veuves et des orphelins*. Entre temps et dans le même ordre d'idées, nous protestions contre un projet d'impôt sur le revenu, qui nous aurait frappés aussi durement qu'injustement et montrions comment, trop souvent, les textes légaux étaient torturés par la jurisprudence, à notre détriment.

Ces questions de *jurisprudence* nous préoccupent d'ailleurs constamment et nous nous efforçons de donner toute la publicité possible aux divers jugements qui intéressent le médecin, soit d'une manière générale comme dans les cas d'exercice illégal, d'usurpation de titre, etc... soit d'une manière plus spéciale, comme lorsqu'il s'agit de règlements d'honoraires, de privilège, de prescription, de responsabilité, etc...

Nos rapports avec les administrations diverses sont un sujet inépuisable ; aussi retrouve-t-on à chaque instant, dans nos colonnes, des communications sur les *déclarations à l'officier de l'état civil*, sur *la déclaration obligatoire des maladies épidémiques*, sur le concours que nous avons à prêter à la Justice, comme aussi, hélas ! sur les *honoraires médico-légaux*, qu'on nous promet toujours, mais qu'on trouve moyen de ne nous jamais donner.

Le service de l'*Assistance médicale gratuite* tient dans ces rapports une place toute spéciale et il est naturel qu'il soit revenu plus souvent dans nos études: nous avons fait accueil à toutes les communications qui nous ont été adressées, tant de nos lecteurs, que des syndicats médicaux, nous avons publié les réponses de l'Administration supérieure aux questions posées, comme aussi les documents officiels, règlements modèles, circulaires, etc... ; nous avons enfin donné les résultats du fonctionnement du nouveau service dans divers départements. En ce faisant, nous avons conscience d'avoir été utiles au corps médical et en même temps à l'Administration, la plupart des conflits provenant de malentendus, ou de violation des règlements par les autorités locales mal renseignées.

Nous avons toujours soutenu que les malades aisés n'avaient aucun droit à une assistance quelconque dans les hôpitaux et nous avons protesté contre leur admission même payante. Les hôpitaux sont créés pour soigner les nécessiteux et non pas pour venir en aide à l'avarice et à la cupidité des gens, qui recherchent tous les moyens possibles de ne pas honorer le médecin.

Vis-à-vis des collectivités privées, nous n'avons cessé de prêcher à nos confrères l'indépendance. Les compagnies d'assurance sur les accidents nous exploitent à qui mieux mieux, de même les sociétés de secours mutuels, et les habitudes antérieures, les contrats consentis sont autant d'entraves qui nous empêchent d'obtenir les honoraires légitimes, que nous sommes en droit d'exiger en échange de notre concours — les médecins doivent commencer par se délier absolument et s'unir pour proposer et, s'il est nécessaire, imposer des conditions acceptables.

Cette lutte contre les sociétés de secours mutuels n'est pas d'ailleurs propre à la France et nos confrères étrangers sont contraints comme nous de l'engager. Il était intéressant de savoir ce que ces derniers pensaient de notre conduite et de nos efforts, aussi avons-nous publié un extrait du journal anglais *The Lancet* qui malgré quelques inexactitudes de détail, se montre fort équitable et surtout très intéressant.

Nous n'avons pas à soutenir une lutte moins vive contre les médecins étrangers qui, de plus en plus nombreux, viennent se fixer en France et nous disputer le pain déjà si difficile à gagner: nous avons réclamé une protection efficace. Nous avons demandé que les fonctions publiques soient réservées à nos seuls nationaux, nous avons enfin protesté contre les faveurs injustes accordées aux étudiants étrangers, lorsqu'ils commencent leurs études : parmi les divers travaux publiés sur ce sujet nous signalerons le Rapport fait à la Faculté de Lyon par M. le professeur Bard ; nous ne partageons pas toutes ses idées, mais nous avons tenu à rendre justice à ses efforts. Nous avons publié les débats sur la question à la Chambre des Députés et aussi la circulaire ministérielle qui, au moins pour le moment, a donné une solution équitable. Nous avons été heureux de constater, en effet, qu'elle donnait satisfaction aux vœux, qu'à maintes reprises nous avions exprimés et, nous ne regrettons qu'une chose, c'est qu'elle soit exposée à ne vivre que ce que vivent, chez nous, les ministres même les mieux intentionnés. Enfin, nous avons donné le texte des conventions qui règlent les rapports des médecins Français et étrangers sur les frontières belge et suisse : ces conventions sont malheureuses, nous ne saurions trop le dire, mais nous devons constater qu'elles font partie des traités de commerce qui nous lient à nos voisins et que les intérêts médicaux pèsent peu dans les négociations qui aboutissent à ces traités.

Les questions militaires nous touchent trop personnellement pour que nous ne les traitions pas avec toute l'ampleur nécessaire : c'est ainsi qu'à diverses reprises, nous sommes revenus sur la question du *service militaire des étudiants*, de *l'augmentation du cadre du service de santé maritime*, sur la *situation des médecins navigants*, sur l'avenir des médecins de la marine et des colonies et sur les études qui conduisent à cette situation, etc...

Avec le Dr Denance, nous avons protesté contre l'insuffisance des opérations des conseils de révision et nous estimons que la lutte contre la tuberculose, qui partout doit être vigoureusement engagée, pourrait commencer utilement par un examen moins superficiel des jeunes gens qui peuvent porter et généraliser cette redoutable maladie dans l'armée.

L'expédition de Madagascar nous a montré malheureusement que les préoccupations sanitaires ne tenaient pas beaucoup de place dans les méditations de nos hommes de guerre. Encore une fois, nous avons dû constater que l'imprévoyance du commandement s'était traduite par une perte colossale de vies humaines et que le service de santé avait été, malgré l'admirable dévouement et le zèle des médecins qui en étaient chargés, d'une insuffisance absolue.

Toutes ces graves questions ne nous empêchent pas d'ailleurs de donner place à l'humeur et à la bonne humeur de nos feuilletonnistes qui, même lorsqu'ils touchent à l'exagération que ne défend pas le genre, savent toujours nous intéresser et nous dérider.

Nous ne passerons pas non plus sous silence la petite correspondance hebdomadaire qui nous

met en communication directe avec nos lecteurs : nous en savons plus d'un qui commence la lecture du journal par cette correspondance toujours intéressante, parfois non moins suggestive et qui, dans tous les cas, témoigne et de la vitalité de notre œuvre et de l'incessant dévouement de celui qui la dirige.

Enfin, comme par le passé, nous mettons le *Concours* à la disposition des Syndicats médicaux qui veulent bien nous adresser leurs compte rendus. Nous estimons que tous ont à profiter du travail de quelques-uns et que la solution d'une question, dans une région, facilite singulièrement la solution de cette même question ou de questions connexes, dans les autres régions. Et puis, l'activité des médecins n'est pas telle qu'elle puisse se passer de stimulants, et c'est un stimulant des plus efficaces de montrer que tous ne s'endorment pas dans une apathique résignation, ne se contentent pas de gémissements, aussi fastidieux que stériles. Nous sommes reconnaissants aux Syndicats actifs du bon exemple qu'ils donnent et nous nous faisons un devoir de les proposer comme modèles à ceux qui somnolent ou à ceux qui doutent encore de la puissance de l'union confraternelle.

Les Syndicats départementaux de la Haute-Saône, du Morbihan, de la Sarthe, de la Vienne, du Loiret, de l'Hérault, de la Haute-Vienne, du Cantal, de l'Oise, des Vosges, du Cher, des Côtes-du-Nord, de la Loire-Inférieure, des Deux-Sèvres, de la Vendée, du Rhône, de la Marne, de Paris et de la Seine ; les Syndicats des arrondissements d'Epernay, de Versailles, de Joigny, de Cholet, de Reims, de Château-Thierry ; le Syndicat des Basses-Cévennes ont droit à toute notre gratitude comme à tous nos encouragements et c'est avec plaisir que nous accueillerons toujours leurs communications et leurs comptes-rendus, qui sont toujours d'un si salutaire exemple.

Vous le voyez, Messieurs, l'année qui vient de s'écouler peut soutenir la comparaison des années précédentes, et vous rendrez cette justice au comité de Rédaction qu'il ne néglige rien pour arriver à ce résultat.

RAPPORT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Situation financière de la Société civile du « Concours médical »

CAPITAL INALIÉNABLE

RECETTES

Au 1er octobre 1895, l'avoir inaliénable de notre Société se décomposait ainsi :

Portefeuille	36.469 65
Espèces	602 00
TOTAL	37.071 65
Depuis cette époque 78 adhésions nouvelles à notre Société ont produit une somme de	769 30
versés à notre caisse par M. le Dr Cézilly et représentant la première année d'abonnement au journal *Le Concours médical.*	
TOTAL	37.840 95

Sur cette somme il a été acheté 2 ob. foncières 1885, nos 335.473 et 803.699, ainsi que 3/5 d'ob. foncières 1885 nos 948.032, 935.016 au prix total de 1.315.47.

Notre capital inaliénable au 1er octobre 1896 est donc de :

Portefeuille	37.785 12
Espèces	55 83
TOTAL	37.840 95

CAPITAL DISPONIBLE

RECETTES

Au 1er octobre 1895, l'avoir disponible était de	633 28
Depuis cette époque l'intérêt de notre portefeuille a produit	1.085 53
Il a été reçu dans le cours de l'année en dons divers, publiés au journal une somme de	45 00
Droits perçus sur les remplacements	279 05
Don de M. le Dr Cézilly	500 00
TOTAL	2.542 86

DÉPENSES

Frais supplémentaires du banquet (dépassant de 174.40 fr. la somme prévue au budget).	874 40
Frais de réunion et déplacements..	362 50
Indemnité au secrétaire, (4 trimestres)	50 00
Cotisat. à la ligue contre l'alcoolisme	20 00
Souscription au monument Pasteur.	25 00
Payé à M. L. Marie actuaire pour son travail sur le projet de caisse des veuves	500 00
Allocation votée en faveur des enfants de M. le Dr Lafitte, (2e versement annuel)	200 00
Don voté à l'Association amicale..	100 00
Impressions diverses	21 00
Droits de garde, timbre et divers.	17 33
Payé à l'enregistrement pour taxe sur les intérêts	10 30
TOTAL	2.180 53
Balance en faveur de l'actif	362 33

Ce qui porte l'avoir total de notre Société au 1er octobre 1896 à :

Capital inaliénable	37.840 95
Capital disponible	362 33
TOTAL	38.203 28

Caisse de prévoyance des assurés sur la vie.

Au 1er octobre 1895 :

Portefeuille	9.723 80
Espèces	967 71
Créance sur un membre participant	300 00
TOTAL	10.991 51

RECETTES

Intérêts de l'année courante	303 68

DÉPENSES

Achat de 2 obligat. foncières 1883, nos 755.670, 1.017.038	923 00
Droits de garde, timbre et divers..	5 77
TOTAL	928 77

Son avoir se décompose donc ainsi au 1er octobre 1896 :

Portefeuille	10.646 80
Espèces	342 62
Créance sur un membre participant	300 00
TOTAL	11.289 42

Projet de budget de la Société civile du « Concours Médical » pour l'exercice 1896-97.

RECETTES

Avoir disponible	362 33
Revenu du portefeuille (environ)	1.100 67
Droits sur les remplacements	237 00
Dons probables	100 00
TOTAL	1.800 00

DÉPENSES

Frais supplémentaires de banquet.	800 00
Frais de réunion et déplacements.	500 00
3e annuité en faveur des enfants du Dr Lafitte	200 00
Disponible	300 00
TOTAL ÉGAL	1.800 00

Le Trésorier,
Dr MAURAT.

Aucun travail de déontologie n'ayant été présenté jusqu'à ce jour, la somme de 250 fr. votée comme moitié du prix affecté au meilleur ouvrage, n'a pas été employée.

LA SEMAINE MÉDICALE

La désinfection des wagons de chemins de fer.

La question de l'isolement des voyageurs contagieux dans les wagons de chemins de fer, dit M. le Dr *Mauriac*, de Bordeaux, dans une communication à la Société de Médecine et de chirurgie de cette ville, est absolument nouvelle, en France du moins, et n'a encore donné lieu, à ma connaissance, à aucun travail spécial.

On ne s'est occupé jusqu'à présent que de la question de la désinfection des wagons et encore n'existe-t-il sur ce second sujet que quelques rares travaux, parmi lesquels il convient de citer ceux des Drs Pétri (de Berlin) et Prausnitz (de Munich).

Pétri (de Berlin) a fait des recherches très intéressantes sur la transmission de la tuberculose dans les wagons de voyageurs ; il y a trouvé assez souvent le bacille de Koch.

Prausnitz (de Munich) a fait les mêmes constatations, mais il ne semble pas croire beaucoup au danger de la contagion.

Le médecin de Berlin conseille la désinfection à l'aide de liquides antiseptiques de tous les wagons de voyageurs après chaque voyage, mais il la déclare très difficile à exécuter d'une manière complète, surtout pour les wagons de luxe.

Quant à Prausnitz, il estime que des nettoyages bien faits, à l'eau et à la brosse, sont suffisants. Pour lui, le danger de la contagion de la tuberculose par les wagons, est à peu près nul, ses expériences lui ayant démontré que les bacilles de Koch se détruisaient très rapidement.

La plupart des hygiénistes et des bactériologues ne partagent malheureusement pas cette manière de voir optimiste du médecin bavarois.

Les belles recherches de Cornet et de Martin Kirchner ont montré la présence de bacilles tuberculeux dans les poussières des chambres, où ont séjourné des malades phtisiques. On peut affirmer qu'il en existe aussi dans les poussières des wagons qui ont transporté au loin ces mêmes malades. Sans doute, un très petit nombre de cobayes inoculés avec ces poussières sont devenus tuberculeux ; mais le danger, pour être relativement rare, n'en est pas moins certain.

Lalesque (d'Arcachon) et Rivière (de Bordeaux) ont démontré dans un excellent travail communiqué à l'Académie de Médecine, en 1895, qu'avec une désinfection bien faite on pouvait faire disparaître le danger très réel de la contagion de la tuberculose par les chambres de malades. Il faudrait tâcher d'obtenir les mêmes résultats pour les wagons de chemins de fer.

Les divers auteurs que nous venons de citer n'ont eu en vue dans leurs expériences que le bacille de Koch ; mais il n'est pas douteux que les poussières des wagons contiennent d'autres agents pathogènes.

Pétri, Kolb et Friedrich ont trouvé plus souvent que le bacille tuberculeux, le staphylocoque pyogène, le bacille de l'œdème malin, celui du tétanos.

Et que dire des germes pathogènes des fièvres éruptives dont l'extrême contagiosité est si bien démontrée ?

La désinfection régulière et complète de tous les wagons de voyageurs s'impose donc, selon nous, après chaque voyage.

On va nous objecter l'impossibilité matérielle de faire une pareille besogne par suite du temps trop long qu'elle exigerait et du nombreux personnel supplémentaire qui devrait y être affecté sans compter le surcroît de dépenses occasionné par l'achat des appareils et des liquides désinfecteurs.

Mais si nous démontrons que l'opération peut se faire en peu de temps, sans beaucoup de frais et sans augmentation de personnel, nous espérons que notre cause sera bien près d'être gagnée.

Toute la difficulté réside dans le choix du procédé de désinfection à employer.

Cette question a une importance capitale au point de vue pratique.

Quelles sont donc les conditions que doit présenter un bon procédé de désinfection des wagons de voyageurs ?

Ces conditions sont les suivantes :

1° Le procédé devra être d'une efficacité absolue et incontestée ;

2° Il devra coûter le moins cher possible ;

3° Il devra être d'une exécution facile et rapide ;

4° Il ne devra détériorer en rien le matériel et ne laisser aucune odeur désagréable ;

5° La désinfection devrait pouvoir être faite sans rien déplacer dans le wagon.

Pour remplir ces différentes conditions, nous avons à notre disposition, le procédé de MM. Trillat, Cambier et Brochet, qui est basé sur la combustion de l'alcool méthylique dans des

lampes au contact de l'air et de la mousse de platine incandescente ; cette combustion produit de *l'aldéhyde formique* ou *formol*, qui, d'après les recherches de Miquel, a une action d'une étonnante puissance sur les germes et poussières nuisibles qu'il détruit sans altérer ni étoffes, ni métaux.

Les lampes à formol de ce système représentent un réservoir d'alcool méthylique dans lequel plonge une large mèche. Les vapeurs d'alcool rencontrent une toile de platine préalablement rougie par allumage. On éteint la flamme et la chaleur reste suffisante pour entretenir, par l'oxydation de l'alcool, le platine au rouge sombre, d'où production immédiate d'aldéhyde formique.

Quant à la durée des opérations, les expériences de Berlioz et Trillat prouvent que l'air saturé de formol peut tuer les germes les plus résistants en moins d'une demi-heure.

On pourrait donc avec une lampe d'une puissance moyenne désinfecter un wagon en très peu de temps ; en outre, la main-d'œuvre serait réduite au minimum, un seul homme pouvant apporter et mettre en jeu l'appareil sans que sa présence reste ensuite nécessaire.

Enfin, le prix de l'alcool méthylique est très abordable (80 centimes le litre en gros), et il n'en faudrait pas beaucoup pour désinfecter un wagon. Nous ne pouvons dire exactement la quantité qui serait nécessaire.

Il y aurait lieu de faire à cet égard des expériences pour fixer approximativement le prix de revient de la désinfection par wagon.

Tel est le procédé de désinfection que préconise M. Mauriac comme le meilleur, le plus simple, le plus efficace, le plus rapide et le plus économique.

Il ne nous reste plus maintenant qu'à émettre le vœu que les Compagnies en fassent l'essai dans le plus bref délai possible.

La maladie de Fauchard.

La maladie de Fauchard, décrite au siècle dernier par le médecin français qui lui a donné son nom, est caractérisée par la chute spontanée de dents saines, avant la vieillesse et en dehors de toute maladie générale appréciable ; c'est à peu près tout ce qu'en a dit Fauchard.

D'après M. le Dr *Moty*, il faut classer la maladie de Fauchard dans les scléroses ; cette affection appartient, en effet, sauf de très rares exceptions, à l'âge moyen de la vie. Les rameaux nerveux de la pulpe et ceux de l'alvéole, ayant pour origine commune la petite branche nerveuse, qui a présidé à l'évolution de la dent, la nutrition de l'organe dentaire et celle de ses moyens de fixité doivent d'ailleurs tendre à suivre les mêmes phases pendant le cours de l'existence.

La pâleur de la pulpe montre, en outre, que les rameaux vasculaires sont atteints en même temps que les rameaux nerveux.

Enfin, tout en reconnaissant que des examens de pulpes fraîches sur des dents faiblement atteintes sont nécessaires pour élucider plus complètement la question, M. Moty pense que la marche de la maladie et l'état général des malades, permettent dès à présent de considérer la sclérose comme secondaire et localisée au système vasculo-nerveux de chaque dent, sans lésions des troncs ; cette sclérose serait consécutive à la compression de la pulpe par la dentine de nouvelle formation, et cette surproduction de dentine serait elle-même le résultat d'une alimentation ou d'une nutrition défectueuses, amenant un excès de sels calciques dans l'économie.

En ce qui concerne le traitement de la maladie de Fauchard, voici comment on doit procéder : On commence par un nettoyage complet et rigoureux des dents, comme d'ailleurs la plupart des praticiens le préconisent. Après avoir enlevé avec des instruments préalablement stérilisés les couches de tartre les plus épaisses et particulièrement le cercle semi-lunaire en coup d'ongle, qui suit le déchaussement progressif de la dent, on irrigue la gencive jusqu'à propreté complète et, après avoir vidé totalement les foyers alvéolaires, s'il y a suppuration, on emploie comme révulsif et tonique de la gencive, un badigeonnage à la teinture d'iode. Tel est le *modus faciendi* dans les cas simples ou lorsque l'affection est prise au début.

« Dans les cas plus avancés, lorsque la dent est ébranlée ou lorsqu'il y a périostite alvéolo-dentaire avec suppuration profonde, on ne doit pas craindre, à l'aide d'une seringue munie d'une aiguille de platine iridié préalablement rougie, de faire pénétrer vigoureusement le liquide entre la gencive et le périoste en procédant très lentement pour favoriser le contact du liquide avec les parties atteintes. (1)

« Lorsqu'il y a ostéo-périostite, on commence par le même procédé, auquel on ajoute une injection intra-gingivale qui amène une révulsion favorable à l'élimination des agents septiques et oppose un obstacle à leur rapprochement, en entraînant en quelque sorte la régénération des tissus gingivaux par oxydation du territoire inflammé. Ce traitement n'occasionne qu'une douleur légère et momentanée et n'a rien de la cruauté du traitement chirurgical préconisé par certains. Les expériences ont même démontré que si une dent malade est isolée des autres, avec ce traitement on n'a même pas besoin d'avoir recours à l'adjonction de moyens contentifs destinés à la maintenir à l'aide de ses voisines.

« Dès le lendemain du traitement, on voit déjà le tissu gingival débarrassé de l'enduit limoneux, qui le recouvrait, perdre son caractère atone, violacé, prendre un aspect plus vivace, s'accoler à la paroi antérieure de la dent qui devient plus solide et empêcher au bout de quelques jours (de trois jours à trois semaines suivant les formes), la suppuration étant tarie, le tartre de venir s'interposer entre la dent et la gencive ; enfin on voit la dent elle-même s'acheminer vers la consolidation. Mais ce traitement seul ne peut suffire à arrêter dans l'avenir la reproduction du tartre spécial à la diathèse du sujet. Il faut donc y joindre, même pendant le traitement local, un traitement général de la maladie et de la diathèse ; la substance médicamenteuse la plus utile, et peut-être la seule qui empêche la formation du tartre et modifie la lithiase buccale, n'est autre

(1) *Bulletin gén. de thérapeutique.*

que le carbonate de lithine dont l'action dissolvante sur l'acide urique et sur les urates est bien connue (Bouchard, Garrod, Bardet). On administre le carbonate de lithine à la dose de cinquante centigrammes dans un verre d'eau de seltz par vingt-quatre heures et les malades, après l'amélioration produite par ce traitement combiné, sont justiciables du traitement prophylactique.

« Il ne faut pas oublier, en effet, qu'un des points les plus importants de la thérapeutique, c'est le traitement prophylactique de la maladie de Fauchard qui consiste à éviter les brosses trop dures et l'abus des dentifrices irritants. Il faudra corriger aussi les vices de position des dents et ne pas craindre de faire extraire préventivement certaines dents. On a proposé d'extraire les quatre dents de sagesse cariées, quand les autres sont trop serrées. Contre l'infection microbienne on aura soin de faire nettoyer les dents du patient, pour empêcher l'accumulation du tartre, à l'aide d'une brosse, le matin et le soir ; si malgré ces lavages le tartre continue à se former, le dentiste devra opérer un nettoyage complet et procéder à l'enlèvement de ce dépôt.

« Dès l'enfance, pour conserver sa dentition en bon état et éviter les causes qui prédisposent à la maladie de Fauchard, on fera de l'antisepsie buccale, le matin, le soir et après chaque repas avec une solution antiseptique à l'acide borique, au chlorate de potasse, à l'eau phéniquée à 2 p. 1000, etc. Chez les malades atteints d'affections fébriles, de maladies du tube digestif, de diabète, du mal de Bright, on ne négligera pas d'observer une rigoureuse antisepsie, car c'est surtout chez ces sujets que se montre la maladie de Fauchard.

« Le traitement préventif peut donc se résumer en deux mots : antisepsie, hygiène de la bouche et des dents dès l'enfance. »

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les déclarations de naissance.

UN ÉTRANGE ABUS.

Les déclarations de naissance sont un sujet fréquent de contestations entre le médecin et les officiers de l'état civil, et il n'est peut-être pas inutile de rappeler à nos confrères quels sont leurs droits et leurs devoirs, en pareille circonstance.

Tout récemment, je me présente au bureau de l'état civil de Honfleur, pour déclarer la naissance d'un enfant né de père et mère inconnus. L'employé me demande si la mère est accouchée dans son domicile. Sur ma réponse négative, il émet la prétention de refuser ma déclaration, soutenant que c'est au maître de la maison où a eu lieu l'accouchement de faire la déclaration. Après discussion, et sur mon insistance, il consent à l'accepter, se réservant d'en référer au Procureur de la République.

L'employé était doublement dans son tort : d'abord en exigeant une indication de domicile ; en second lieu, en prétendant que je n'avais pas qualité pour faire la déclaration, et que ce devoir incombait au maître de la maison où avait eu lieu l'accouchement.

En effet, j'aurais pu me dispenser de donner aucune indication de domicile, et me borner à déclarer que la naissance avait eu lieu sur le territoire de la commune de Honfleur. Cette question a déjà été portée devant les tribunaux, et les prétentions inquisitoriales des officiers de l'état civil rejetées. Je me bornerai à citer l'un des faits les plus récents.

Un confrère ayant fait à Paris une déclaration de naissance, sans indication de domicile, sa déclaration fut refusée par l'employé de l'état civil, et le maire approuva son employé. Le médecin s'appuyait sur plusieurs arrêts, dont le dernier, un jugement du tribunal civil de la Seine, fut obtenu le 30 décembre 1875 par le Dr Berrut, obligeant le maire du VIIe arrondissement à recevoir une déclaration, sans indication de domicile. En présence de la fin de non-recevoir opposée par le maire, notre confrère s'adressa au parquet et obtint la lettre suivante :

« Monsieur le Maire, j'estime que vous devez recevoir la déclaration qui vous a été faite par M....., docteur en médecine, de la naissance d'un enfant à vous présenter, bien que le déclarant se borne à faire connaître que l'enfant est né dans l'arrondissement sans désignation plus précise.

Pour le Procureur de la République,
R..., substitut (1).

Voilà pour le premier point.

En ce qui concerne le second, voici ce que disent Legrand du Saulle et Georges Berryer (2).

« Ainsi encore, bien que l'article 56 du Code civil semble dire, dans le cas où la mère est accouchée hors de son domicile, que l'obligation de déclarer la naissance n'est imposée qu'à la personne chez laquelle la femme est accouchée et nullement aux chirurgiens et autres personnes qui ont assisté à l'accouchement, il est certain, d'un côté que, d'après l'article 346 du Code pénal, le maître de la maison n'est puni *que s'il a été présent à l'accouchement* et d'un autre côté que *les chirurgiens, médecins et autres personnes qui ont assisté à l'accouchement sont passibles de la peine édictée par l'article* 346, puisque cet article punit tous ceux qui ayant assisté à l'accouchement, n'ont pas fait la déclaration de naissance. »

Il faudrait donc, pour que le médecin soit dispensé de faire la déclaration, que le maître de la maison *ait été présent à l'accouchement*, condition nécessaire et bien rarement réalisée. Le médecin, au contraire, a toujours été présent à l'accouchement, c'est donc lui qui sera forcément poursuivi, si la déclaration a été omise ; et c'est lui d'ailleurs que la famille charge toujours de faire cette déclaration, lorsqu'elle veut garder le secret sur l'accouchement.

Brouardel insiste beaucoup sur cette nécessité pour le médecin de faire lui-même la déclaration, et il cite des cas où des confrères ont été condamnés parce que le père ou les personnes présentes à l'accouchement avaient oublié la déclaration, malgré la recommandation qui leur

(1) *Concours médical*, 1888, p. 526.— La Cour de cassation en 1840 et 1844, la Cour d'Angers en 1850 ont jugé dans le même sens. (Dechambre, *Le Médecin*, p. 576.)

(2) *Traité de Médecine légale et de jurisprudence médicale*, Paris, 1888, p. 24.

en avait été faite (1). Dans le cas qui m'est personnel, le maître de la maison n'avait pas assisté à l'accouchement. Il n'était donc tenu à aucune déclaration. Mais supposons qu'il y eût assisté, qu'il se fût chargé de la faire, puis que, pour une raison ou pour une autre, il s'en soit dispensé, j'aurais été poursuivi et condamné.

Il serait désirable qu'une instruction ministérielle fixât d'une façon uniforme aux officiers de l'état civil l'interprétation qu'ils doivent donner aux prescriptions légales dans ces cas particuliers, qui se présentent assez fréquemment. Cela mettrait fin à ces discussions désagréables entre le médecin, obligé de défendre le secret qui lui est confié et de sauvegarder sa responsabilité, et les employés, dont le zèle indiscret ne me paraît pas bien justifié en pareille circonstance.

Dr H. MARAIS.

P.-S. — Cet article était à l'impression lorsque nous avons appris que l'éminent jurisconsulte qui siège aux bureaux de l'état civil, avait, de sa propre autorité, modifié les termes de ma déclaration et inscrit *le nom de la mère* sur les registres. La famille m'a présenté le certificat de naissance en me demandant des explications que je suis allé à mon tour réclamer à la mairie. On m'a répondu que c'était un proche parent qui avait livré le nom. Or, la famille, qui ignorait tout d'abord ce détail, nous a déclaré ensuite que ce parent, — un beau-frère, — avait été questionné par l'employé qui lui avait dit qu'on connaissait le nom, qu'il n'y avait aucun intérêt à le cacher, etc. On avait fait aussi demander le livre de police, sur lequel les personnes, qui logent en garni, sont obligées d'inscrire leurs hôtes de passage. Bref, toute une enquête avait été menée pour s'assurer du nom de la mère et surprendre le secret qui m'avait été confié. En présence de semblables agissements, nous demandons si vraiment l'honneur des familles peut être ainsi livré à la merci d'un employé subalterne. Nous demandons si cet employé ne s'est pas rendu coupable d'un abus excessif, en s'arrogeant le droit de passer outre à la déclaration du médecin, et de consacrer officiellement le déshonneur d'une famille (2). Nous signalons ce fait à nos confrères de la presse. Nous le soumettons aussi à l'appréciation de M. le Procureur de la République, qui a, croyons-nous dans ses attributions, la haute surveillance des actes de l'état civil.

Dr H. M.

(*Année médicale de Caen.*)

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de la Vienne.

8 *juillet* 1896.

Présents : MM. Pouliot, *Président*, Amirault, Berland, Brossard, Buffet-Delmas, Chédevergne, Chretien, Chabrié, Dorvau, Descubes, Guillon, Granger, Houpert, Jablonski, Lusseau, Litardière (Louis), Litardière (Arthur), Lagrange, Michiels, Moreau, Maillard, Malapert, Orrillard, Piorry de Saint-Georges, Piorry de Verrières, Périvier de Civray, Périvier de Pleumartin, Poisson, Périquéault, Pineau, Roland et Violet.

Excusés : MM. Boutin, Barancy, Bernard, Drumez, Girault, Gobillot et Raguit. Sont admis comme membres du syndicat : MM. Desbordes, *de Civray* et Autellet, *de Poitiers.*

— Le Président prend la parole et passe en revue les différents faits importants, qui se sont produits depuis la dernière réunion du mois de novembre.

Il parle notamment des difficultés soulevées par les décisions prises envers quelques-uns des confrères du département, par les membres de la Commission de vérification des notes d'honoraires de l'Assistance médicale gratuite. Il fait remarquer, à ce sujet, que c'est grâce à une réunion du Bureau du Syndicat avec les membres de la Commission, qu'on est arrivé à obtenir une nouvelle revision des mémoires incriminés et une atténuation très sensible aux diminutions imposées après un premier examen.

Il ajoute que la tâche des Commissaires nommés par leurs confrères est ingrate et lourde, mais qu'elle est aussi très honorifique, et que leur devoir est de la remplir surtout avec régularité et avec une impartialité absolue. Il leur conseille de se défier des renseignements fournis, sans contrôle, par certains maires, qui ne sont pas plus favorables aux médecins que les Présidents des Sociétés de Secours mutuels, et approuve la dernière décision prise par la Commission de ne plus prendre aucune détermination devant porter un préjudice sérieux à un confrère, sans avoir appelé celui-ci pour s'expliquer devant elle.

D'autre part, il conseille aux confrères qui soignent les indigents de résister le plus possible aux sollicitations trop fréquentes des pauvres, qui, n'ayant rien à payer, sont trop enclins à réclamer leurs soins, et à bien considérer que le Service de l'Assistance médicale gratuite ne peut vivre que si chaque médecin fait en sorte d'empêcher le gaspillage du budget des pauvres.

Dans cette question du reste, l'honorabilité de tous les membres du Syndicat médical de la Vienne n'a été nullement mise en jeu, et les difficultés, qui ont surgi, sont dues à la nouveauté de la loi et à l'inexpérience de chacun dans son application.

Société des cantonniers.

Le docteur Descubes, syndic, demande au nom du cercle de Civray, que le Syndicat médical de la Vienne veuille bien s'occuper de nouveau du tarif à appliquer à la Société des cantonniers.

Il propose :

1° Que les cantonniers soient considérés comme Sociétaires pendant toute l'année et non pendant huit mois.

Cette première demande est acceptée à l'unanimité.

2° Que le tarif soit de 50 centimes par kilomètre, de 2 fr. par visite et de 1 fr. 50 par consultation au cabinet.

(1) *Concours médical* 1889, p. 356.

(2) Les journaux de la localité donnant les actes de l'état civil, le nom de la mère eût été livré à la publicité si, sur la demande des intéressés, ils ne s'étaient abstenus d'insérer la naissance. Nous les félicitons vivement de cet acte de condescendance.

Au sujet de cette seconde demande, le docteur Chretien fait remarquer que cette décision au sujet des tarifs ne peut être prise que pour le cercle de Civray, le cercle de Poitiers ayant déjà demandé un autre tarif, et, ayant décidé, après refus non motivé de ce tarif, de soigner les cantonniers aux mêmes conditions que les ouvriers ordinaires, sans s'occuper de la Société des cantonniers.

Après un échange de vues, le Syndicat décide d'entrer de nouveau en pourparlers avec la Société des cantonniers, et charge les docteurs Tafforin, Guillon et Amirault, Conseillers généraux, de se mettre en relations avec leur confrère, M. Lami, Président de cette Société, pour régler avec lui la question des honoraires médicaux, dans le sens indiqué par le Syndicat médical de la Vienne.

En conséquence, la deuxième proposition du docteur Descubes est acceptée par tous les Cercles syndicaux du département, excepté pour Poitiers-Ville, qui maintient les prix déjà demandés, c'est-à-dire 2 fr. par consultation au cabinet et visite dans l'intérieur de la ville, 3 fr. la visite en dehors des boulevards, et 50 centimes par kilomètre (aller seul compris).

Il est, de plus, décidé que si la Société des cantonniers continue à résister aux justes réclamations du Corps médical, les médecins syndiqués cesseront de nouveau toutes relations avec cette Société et ne fourniront plus aucunes pièces justificatives pour l'établissement des mémoires.

M. le docteur Périvier demande que l'on prévienne tous les médecins de la Vienne des décisions prises, ce qui sera fait par l'intermédiaire du *Poitou Médical*.

— Au sujet des impôts nouveaux, qui menacent le Corps médical, impôts portant sur les chevaux, les voitures, les domestiques, l'habitation, le Syndicat médical de la Vienne donne mandat à son Président, le docteur Pouliot, de saisir l'Union des Syndicats médicaux de France, dont il est Vice-Président, du vœu suivant :

Le syndicat médical de la Vienne, en présence des impôts excessifs, qui, dans l'état actuel, frappent la profession médicale, principalement en ce qui concerne de véritables instruments de travail, tels que les chevaux et voitures, émet le vœu :

1° Que les chevaux et voitures des médecins aient droit à la demi-taxe, comme ceux des commerçants.

2° Que la taxe sur les domestiques des médecins ne porte que sur ceux qui ne servent pas à l'exercice de leur profession.

3° Que la taxe de l'habitation ne soit pas imposée aux médecins déjà fortement grevés par la patente basée sur le prix du loyer.

REPORTAGE MÉDICAL

La lutte contre l'alcoolisme. — La réunion du 28 octobre 1896 de la Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle a été consacrée à un nouvel exposé des dangers de l'alcoolisme et des moyens de le combattre, par l'infatigable Dr Laborde, qui consacre toujours ses efforts à obtenir des Chambres que la loi sur les boissons donne satisfaction à l'hygiène.

— *Les manœuvres du service de santé.* — Par décision du ministre de la guerre les manœuvres du service de santé qui avaient généralement lieu en octobre dans le gouvernement militaire de Paris, sont renvoyées à l'année prochaine.

— *Le corps des médecins légistes.* — La presse politique, bien inspirée en cette circonstance, et après avoir pris l'avis des médecins compétents, réclame avec ensemble, à propos de l'erreur judiciaire dont fut victime Mme Druaux, la création d'un corps de médecins légistes compétents. Rien de plus juste à notre avis. Mais n'oublions pas qu'il faut pour en arriver là : 1° développer l'enseignement de la médecine légale comme il devrait l'être ; 2° délivrer des certificats aux confrères qui auront fait preuve du savoir nécessaire ; 3° payer sérieusement leurs services quand on les aura attachés aux parquets. Mais vous verrez qu'on ne trouvera pas l'argent nécessaire pour réaliser cette réforme, où la passion politique n'a rien à voir.

— *Le sérum de la peste.* — Il se confirme que M. le Dr Yersin a obtenu en Chine de fort beaux succès dans le traitement de la peste bubonique, à Canton et à Amoy particulièrement, par l'emploi d'un sérum pris sur le cheval. L'épidémie est en train, dit-on, de disparaître sur les côtes de Chine, mais on signale son apparition à Bombay, où elle aurait déjà causé en peu de temps 300 décès.

— *Concours de l'internat.* — Cette année, 306 candidats seulement se présentent au concours de l'internat. Il est à prévoir que la durée de ce concours sera par conséquent beaucoup moindre qu'en 1894 et 1895, ce qui est vraiment à souhaiter et pour les juges et pour les concurrents.

— *Les Budgets particuliers des Facultés.* — La commission du budget a émis le vœu que désormais chaque Faculté ait son budget spécial.

— *Le corps de santé des colonies.* — Sur décret ministériel les cadres des corps de santé militaire des colonies viennent d'être fixés. Le service médical des établissements pénitentiaires sera désormais assuré soit par des médecins militaires hors cadre, soit par des médecins civils.

Il paraît qu'il en résultera des économies, le reste importe peu aux yeux des réformateurs.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 1.122. — M. le docteur Le Filliatre, de Villejuif (Seine), membre du Syndicat des médecins de la Seine.

N° 1.123. — M. le docteur Durand, de Saint-Pourcain (Allier), présenté par M. le Directeur.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Boulland et Reuss, de Paris, et Régimbaud, de Montpellier, membres du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 45 7 Novembre 1896

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »
FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Un exemple de prévoyance médicale.

Monsieur le Directeur,

Le *Concours* vient de m'enlever une sérieuse inquiétude. Pour l'exemple, permettez-moi de vous dire comment.

Installé, depuis trois mois, à quelque distance de mon père, le Dr X.., membre de votre Société, je suis à la veille de contracter mariage, et quelque peu humilié d'avoir à répondre le jour du contrat : « Je n'apporte que mon titre et ma clientèle. »

« Si vous mouriez dans quelques années, « m'a déjà dit le beau-père prévoyant, lais- « sant votre jeune femme avec trois enfants « en bas âge, comment se débrouilleraient- « ils ? »

La question m'obsédait plus que vous ne pouvez le croire ; car, si je suis jeune, j'ai fait dans ma famille le sérieux apprentissage du budget du médecin.

Et je me jetai sur les tableaux des compagnies d'assurances.

Si je veux laisser du pain à trois ou quatre personnes, en cas de décès il faut, me disais-je, une assurance de 30.000 fr. : c'est 1.000 francs de rente à notre époque. Mais diable ! pour mes trente ans, c'est aussi une prime annuelle de 900 fr. à payer ! Et si je la verse pendant 50 ans, j'aurai déboursé 45.000 fr. pour en donner trente à des héritiers qui n'en auront plus guère besoin. Suis-je certain d'ailleurs de pouvoir verser 900 fr. par an ?

J'étais plongé dans ces réflexions quand m'arriva le numéro du *Concours*, qui parle de la Caisse des veuves et des orphelins.

« Mari 30 ans, femme 25, lisais-je, c'est « 300 fr. à verser par an, pour la double pen- « sion de 1.200 fr. à la veuve et aux orphe- « lins, ou encore un versement unique de « 5.322 fr. »

Ce fut un trait de lumière. Je courus chez le futur beau-père, le journal en main, et je lui dis : « Si nous prenions le versement unique sur la dot ? Je ne vous demande pas un sou de plus. » « Ma foi, répondit-il, c'est une bonne idée : si vous vivez, on ne les regrettera pas, ces cinq gros billets ; et si vous mouriez tôt, ils auront rendu service à ma chère fille et... aux petits, car vous nous donnerez des héritiers, je suppose ! »

Tout fier de ma trouvaille, j'en fis part à mon père.

Et savez-vous ce qu'il me répondit, au bout de quelques jours ? Le voici :

« Puisque vous faites tous de la prévoyan- « ce, là-bas, je veux m'en mêler aussi, de mon « côté. On t'assure, par le fait, sur la vie, « dans d'excellentes conditions : je tiens à « t'assurer toi-même contre la maladie, jus- « qu'à l'âge de 65 ans, par la voie de l'Asso- « ciation amicale. Dès que tu auras été admis « dans cette Société, j'adresserai au trésorier « les 2.000 fr. qui représentent les 34 verse- « ments nécessaires. Et si tu désires acqué- « rir la sécurité absolue pour plus tard, voici « le conseil que je te donne. Sur les intérêts « de la dot de ta femme, tu prélèveras chaque « année : 1° 164 fr. pour toi ; 2° 125 fr. pour « elle, et tu les verseras à la *Caisse des pen- « sions de retraite des médecins français*, qui « fera 1.200 fr. de pension viagère à chacun « de vous, dès qu'il aura atteint sa 60e année. « C'est 289 fr. seulement que nous laissons « à la charge de ton budget annuel, pour at-

« teindre ce but de préservation complète.
« Il ne te restera plus, ainsi, qu'à faire vivre « les tiens et à établir tes enfants avec le « produit de ta clientèle. Et encore, le jour « où se présentera cette dernière nécessité, « il est à prévoir que tu seras à peu près en « possession des quelques ressources que « nous devons te laisser, nous les prévoyants « venus trop tôt pour bénéficier des œuvres « du Concours. »

Quel horizon nouveau m'ouvrait cette lettre, Monsieur le Directeur! Aussi ma résolution fut vite prise : je suivrai les sages conseils de mon père. Et l'avenir professionnel m'apparaît déjà sous des couleurs bien moins sombres, depuis que je me vois à la veille d'être garanti contre tous les gros accidents de la lutte journalière.

Merci mille fois au « *Concours médical* ».

Veuillez agréer, etc.

D[r] X. fils.

Société civile du Concours Médical.

Séance du 24 *octobre* 1896.

Présents : MM. Cézilly, Gassot et Maurat. M. Gibert excusé.

M. le D[r] Jeanne est prié d'assister à la séance.

Lecture du rapport du Conseil de direction.

Lecture du rapport du Comité de rédaction.

Lecture du rapport du Conseil d'administration.

Approbation de ces rapports qui ont été publiés au dernier numéro du *Concours Médical*.

Dépouillement de la correspondance courante.

Association amicale des Médecins français.

Séance du 24 *octobre* 1896.

La séance est ouverte à 4 heures, sous la présidence de M. Cézilly, président.

Etaient présents : MM. Cézilly, Gassot, Jeanne, Maurat, Archambaud, de Fourmestreaux et Hervouët.

Le Conseil approuve à l'unanimité les rapports de MM. Gassot, trésorier, et Jeanne, secrétaire.

Le rapport de M. Gassot, trésorier, est soumis à l'examen des deux *contrôleurs*, MM. Hervouët et de Fourmestreaux.

Le Conseil décide, après discussion, de présenter à l'Assemblée générale les modifications suivantes aux statuts.

Art. 10. Modifier de la façon suivante le 2[e] paragraphe :

« Ils ne peuvent y rentrer qu'après un nouvel examen médical, aux conditions d'une admission nouvelle.

Ceux qui se libéreront à la fin de leur année de suspension, devront, outre la cotisation arriérée, en payer les intérêts à 4 %, plus les frais de correspondance nécessités. »

A l'article 15. Remplacer le dernier paragraphe par ces mots : Ces sommes restent acquises à la Société.

A l'article 29, ajouter :

« En cas de rechute d'une même maladie, dans un délai de moins de six mois, il ne sera accordé au sociétaire que l'indemnité mensuelle, s'il a déjà antérieurement touché l'indemnité de 10 fr. pendant 60 jours. »

A l'article 31, après les mots : « aux eaux », ajouter ceux-ci : « à la campagne. »

Art. 32. A la fin du premier paragraphe, ajouter la phrase suivante : « Cette déclaration devra être faite dans un délai maximum de 10 jours ; au delà de ce délai, le début de la maladie sera considéré comme partant du jour de la déclaration, à moins de raisons majeures qu'appréciera le Conseil d'administration. »

Et après le second paragraphe, la phrase suivante :

« Le sociétaire malade devra, en outre, faire parvenir, tous les 15 jours, au Secrétaire général, un compte rendu de son état, avec indica-

---

FEUILLETON

Scrupules.

Je ne suis plus étonné que le brave docteur D..., qui avait jadis un petit avoir, n'ait presque rien laissé à ses héritiers fort déçus, si ce n'est un nom aimé et respecté, dont ils peuvent être fiers. Ce fut toujours un panier percé, disaient mélancoliquement de lui les grosses matrones de l'endroit, avares de leurs deniers et même de leur tissu adipeux, qu'elles accumulent parcimonieusement, en étages chancelants, sur leur ventripotente personne.

Il est certain que tout gamin, il commença par partager généreusement avec ses vêtements la confiture de ses tartines. Plus tard, c'était toujours lui qui régalait les camarades. Il offrait des tournées de bocks avec une facilité qui ne pouvait manquer d'être exploitée. Il fut aussi toujours fort généreux avec les grisettes du quartier latin, qui voulurent bien lui accorder leurs faveurs tarifées, partager avec lui son lit et son porte-monnaie.

Il m'est arrivé plus d'une fois de le voir revenir en arrière, mû par une sorte d'impulsion intérieure, inquiet et tourmenté, pour donner quelque menue monnaie à des mendiants peu intéressants la plupart du temps, auprès desquels il avait passé indifférent, pour ne pas avoir à chercher ou à fouiller dans ses poches.

Il était presque pris de remords, comme s'il avait commis une mauvaise action, se reprochait aussitôt son apathie et ne redevenait serein et de bonne humeur que lorsqu'il avait réparé sa prétendue dureté.

Un jour, il reparcourut, avec angoisse, une bonne parti du boulevard Saint-Michel, pour retrouver une vieille professionnelle, une ivrognesse bien connue des étudiants, dont elle sollicitait la charité de temps immémorial. Elle prenait une voix dolente et lacrimatoire, à attendrir un huissier, pour quémander en faveur de ses cinq enfants, qui n'avaient rien mangé depuis la veille : Ça ne prend plus, lui avait-il dit, en passant. Il lui fit presque des excuses et chercha à nous démontrer qu'il pouvait bien y avoir une part de vérité dans ses doléances.

Elle exagérait certainement, ajoutait-il ; mais elle avait l'air si pitoyable qu'on pouvait même lui tolérer quelques habitudes bachiques, pour l'aider à supporter sa misère. On avait beau lui affirmer que la plupart des indigents, qui sollicitent notre pitié, au coin des rues, se font de superbes journées et mènent ensuite joyeuse vie, en riant du bon gogo, il préférait être roulé et victime de quelque gei-

tion de la date probable de la guérison et visa du médecin traitant.

Dans chacun de ces cas, une amende de 2 fr. sera infligée par jour de retard.

A l'article 44, remplacer les mots : « sous enveloppe fermée », par ceux-ci : « sous enveloppe ouverte, portant l'entête de la Société ».

A l'article 48, 2°, supprimer le nombre 15 et mettre : « prévus à l'article 32 ».

LA SEMAINE MÉDICALE

Les dangers de l'aconitine.

A propos de notre article du 2 mai sur l'aconit, M. le Dr *Tondeur*, de Faverney (Haute-Saône), nous communique l'intéressante observation que l'on va lire :

« Consulté par une jeune fille atteinte depuis plusieurs années de douleurs faciales intolérables et qui avait essayé sans succès différents remèdes (il s'agissait d'une névralgie de la 5e paire avec ses points sus-orbitaire, sous-orbitaire, mentonnier), nous fîmes la prescription suivante :

Azotate d'aconitine cristallisé : un cinquième de milligramme.

Extrait de quinquina q. s. pour une pilule. F. 6 semblables.

Prendre une pilule le matin et une le soir (une seule chaque fois) jusqu'à cessation de la douleur.

« Notre malade prend une première pilule à 9 h. du matin. Une demi-heure après elle éprouve une vague sensation d'engourdissement, avec des fourmillements dans les membres, puis surviennent des picotements sur la langue et les lèvres avec écoulement abondant de salive et constriction de la gorge. Les extrémités se refroidissent, le corps se couvre de sueurs froides ; vertiges, amblyopie, vomissements, coliques et diarrhée.

Appelé en toute hâte, nous constatons, en effet, tous les symptômes de l'empoisonnement par l'aconitine : la malade se plaint surtout de fourmillements et de crampes, qui lui arrachent des cris ; les pupilles sont dilatées, la respiration est faible, le cœur légèrement arythmique. Vigoureuses frictions, boissons stimulantes, digitaline. Au bout d'une heure, les symptômes s'étaient considérablement amendés.

A 8 heures du soir, on accourt nous prévenir que la malade est « au plus mal ». Nous trouvons la pauvre fille pâle, avec des alternatives d'excitation et de prostration ; elle souffre encore de fourmillements et de constriction de la gorge ; irrégularité, bientôt arrêt complet des mouvements respiratoires.

Respiration artificielle, injections d'éther, teinture de belladone, frictions sinapisées.

A 11 heures, tout rentre à peu près dans l'ordre. La nuit se passe assez bonne ; au réveil il ne reste qu'un léger malaise et quelques douleurs stomacales ; la névralgie du trijumeau a disparu.

Cette observation doit contribuer à nous mettre en garde, une fois de plus, contre la violence d'action de l'aconitine cristallisée.

On peut assurément faire l'hypothèse d'un dosage inexact, mais ne faut-il pas compter aussi avec une susceptibilité élective toute spéciale, que rien ne peut faire soupçonner ?

Cette relation éveille une question d'ordre médico-légal, qui n'est pas sans intérêt : Que serait-il advenu si la malade avait succombé ? la responsabilité du médecin serait-elle engagée ? ne serait-elle pas sérieusement partagée par le préparateur du produit ? Assurément l'un et l'autre auraient en pareil cas singulièrement à perdre en confiance et en considération, mais légalement le médecin nous semble à l'abri de toute action, son ordonnance restant conforme aux indications usuelles de la thérapeutique.

Dorénavant, nous suivrons le conseil du Dr Huguenin : « ne prescrire l'aconitine cristallisée que par dixièmes de milligramme. »

La digitale dans la pneumonie.

M. le Dr *Monjoin*, de Paris, a consacré sa thèse à l'étude des effets de la digitale sur l'évolution

---

gnard hypocrite, plutôt que de s'exposer à coudoyer une infortune véritable, sans intervenir.

Le terrain, comme on le voit, était bien préparé. Aussi, lorsqu'il se fut installé dans la petite commune de M..., son pays natal, où son prédécesseur ne se faisait presque jamais payer, il lui parut bien difficile de ne pas continuer cette honorable, mais peu substantielle tradition.

C'est à peine, s'il osait envoyer, de temps en temps, une note d'honoraires à ses clients les plus fortunés. Il avait à soigner, durant trois mois, une brave femme, qui, reconnaissante dans la mesure de ses moyens, vint un jour lui apporter cinquante francs, en priant son sauveur de vouloir bien se contenter de cette modeste rétribution.

Le Docteur D..., ayant appris, quelque temps après, que cette pauvre veuve avait vendu presque tous les hôtes emplumés de sa basse-cour pour s'acquitter envers lui, devint fort perplexe et n'eut plus qu'un objectif, celui de rendre à sa cliente, sous une forme détournée, la somme qu'il en avait reçue. Il lui offrit des couples rares de volailles, sous prétexte de contribuer à en répandre l'espèce ; mais en réalité pour l'aider à repeupler son poulailler. Sous prétexte que sa convalescence traînait en longueur et qu'elle avait besoin de toniques, il lui apportait les plus vieux flacons de sa cave et des victuailles de toute nature.

Du reste, à ce point de vue, il fit longtemps le désespoir de sa femme, en pillant impitoyablement les provisions que celle-ci accumulait dans la maison, en fourmi prudente et économe. — Comme le docteur possédait un superbe jardin fruitier, c'était une excellente occasion pour sa compagne, qui avait des recettes exquises, de fabriquer des quantités de confitures aux couleurs et aux aromes les plus variés, ainsi que des liqueurs de ménage, des sirops et des juleps à détrôner les liquides suralcoolisés les plus en vogue.

Mais, chaque année, il fallait augmenter les doses ; il n'y en avait jamais assez ; le stock édulcoré et oléagineux s'épuisait avec une rapidité vertigineuse, à tel point, qu'au début, madame D..... fut en suspicion contre ses domestiques ; mais lorsqu'elle eut découvert le vrai coupable, qu'elle avait été jusqu'à soupçonner d'avoir des habitudes solitaires d'intempérance, elle fut très heureuse de le seconder et de faire à son tour une large part aux pauvres, surtout aux enfants des paysans du voisinage, qui, au sortir d'une maladie aiguë, faisaient un accueil enthousiaste à ces douceurs, bien propres à rendre acceptable le pain parfois si dur de l'humble logis. — Comme ses désirs de maternité n'avaient pas été réalisés, elle se dédommageait en dépensant en faveur d'autres berceaux les trésors de tendresse accumulés dans son cœur.

de la pneumonie ; il a réuni un certain nombre de faits dont il a vérifié la parfaite exactitude et qui ont largement prouvé que la digitale à hautes doses (2 à 4 grammes en 24 heures), est particulièrement bien supportée dans la pneumonie.

Tout d'abord, *le pouls* diminue de rapidité en 2 ou 3 jours et tombe même à un taux inférieur à la normale, pour s'y maintenir deux ou trois jours après la cessation du médicament. On peut éviter ainsi à peu près sûrement, les complications dues à la faiblesse du cœur dans la pneumonie.

La température baisse en lysis, à peu près parallèlement à la diminution du nombre des battements du pouls. Elle est ramenée entre 37.5 et 37 et descend rarement au-dessous.

La diurèse n'augmente pas et ne survient pas plus tôt que la débâcle urinaire qui suit la crise. La convalescence paraît se faire plus rapidement, ainsi que l'élimination des exsudats ; les signes physiques ne sont pas sensiblement améliorés ; la dyspnée est notablement soulagée.

Il n'est pas utile de dépasser la dose de 2 à 4 grammes par jour, en infusion ou macération. La baisse notable du pouls et de la température sont une indication de cesser le médicament, l'effet se continuant plusieurs jours après la cessation.

Les vomissements sont une indication de le suspendre ; nous ne les avons notés qu'une fois.

La digitale est mieux supportée en commençant par 1,50 ou 2 grammes pour augmenter ainsi jusqu'à 4 grammes au besoin.

La macération ou l'infusion donnent des résultats sensiblement parallèles. L'infusion détruisant certains principes toxiques, permettrait peut-être chez des malades intolérants de leur faire supporter plus facilement de fortes doses.

La digitale n'agissant pas sur le processus inflammatoire, sur le pneumocoque, ne peut empêcher les complications de nature microbienne. Elle a surtout pour but de permettre au cœur de lutter jusqu'à la fin et d'empêcher le malade d'être épuisé par la fièvre.

Dans tous les cas où on l'a employée, elle a eu une incontestable utilité ; d'ailleurs, c'est à peu près le seul médicament qui puisse suppléer au bain froid, lorsque l'âge du malade, des lésions cardiaques antérieures, un état de prostration profonde, ou une ataxie égarée, ne permet point d'y plonger ce malade.

Teinture de marrons d'Inde contre les hémorrhoïdes.

D'après le Dr *Artault*, dans la *Revue de thérapeutique*, il est traditionnel qu'il suffit d'avoir dans son lit ou dans sa poche des marrons d'Inde, pour ne point souffrir des hémorrhoïdes. Aussi résolut-il d'expérimenter cette substance chez les hémorrhoïdaires et les résultats en furent merveilleux. L'auteur a expérimenté le médicament sous forme de teinture concentrée, teinture mère comme dans la pharmacopée américaine. Le médicament agit avec une constance et une rapidité étonnantes chez les hémorrhoïdaires en période de crise qui absorbent quelques gouttes de teinture de marrons d'Inde. La teinture de marrons d'Inde agit surtout contre l'élément douleur et avec une rapidité extraordinaire. Elle agit aussi sur les hémorrhagies ; mais, dans ce cas, il est bon de lui associer la teinture d'Hamamelis.

La dose courante est de 10 gouttes prises matin et soir, de préférence avant les repas, dans un peu d'eau sucrée ou de vin. Souvent après la première ou la deuxième prise, la douleur cède déjà et il est rare que la médication doive être prolongée au delà de deux jours. L'auteur, qui a ainsi obtenu 21 succès sur 21 cas, considère la teinture mère de marrons d'Inde comme un remède absolument héroïque, d'action presque mathématique contre la douleur violente de la poussée hémorrhoïdaire.

MÉDECINE PRATIQUE

Un sanatorium pour tuberculeux.

La phthisie pulmonaire est curable : c'est une vérité déjà soutenue par Laënnec et hautement

---

Je ne puis songer qu'avec un attendrissement ému à ces deux personnes, qu'une mort prématurée vient d'enlever, à quelques semaines d'intervalle.

Et qu'on n'aille pas sourire des petits détails matériels, dans lesquels je n'ai pas hésité à entrer. La vie est faite, en fin de compte, de ces riens, si importants pourtant lorsque l'instinct de conservation est en jeu, lorsque des visages hâves et souffreteux tournent désespérément les yeux vers l'horizon, pour savoir d'où leur viendra le secours, qui leur permettra de se soutenir et de se raccrocher à la vie, à cette misérable existence si peu enviable, à laquelle ils tiennent pourtant avec âpreté.

J'aurais pu dévêtir encore davantage cette âme de bon Samaritain, citer cent autres faits analogues, où les instincts généreux de mon regretté compatriote ont eu l'occasion de se dépenser. L'accumulation de nouveaux détails n'ajouterait rien à l'admiration touchante qu'inspire une vie si bien remplie et d'un si noble exemple. En y songeant, il semble qu'on respire un air vivifiant, qu'on boit à une source très pure et très fraîche.

On éprouve comme une sorte de fierté confraternelle, tout en regrettant de ne pouvoir imiter plus fréquemment ce brave praticien, dont le souvenir vénéré ne s'effacera jamais du cœur de ceux qui l'ont connu.

Car, si j'ai salué sa mémoire avec la plus vive sympathie, je sais parfaitement bien qu'il serait impossible d'en faire autant à la plupart de mes lecteurs, même ceux qui ont le sentiment le plus exquis du devoir, des habitudes de haute dignité morale et sont prêts au sacrifice d'eux-mêmes.

Ils ont beau être dominés par un idéal de justice et de charité, ils sont obligés de vivre et de faire vivre les leurs de leur profession. Ils travaillent quand même à la propagande du bien, par la parole et par l'exemple, et j'ai saisi, avec empressement, l'occasion de le dire, au moment même où on ne cesse de décrier les médecins, sous le prétexte qu'ils secouent le joug odieux des sociétés mutualistes, lesquelles n'ont cessé de les exploiter. Les conditions d'existence sont fort dures pour les trois quarts des fils d'Hippocrate ; ils sont obligés de compter avec les besoins de l'existence, comme les autres mortels ; mais ils n'en seront que plus disposés à secourir les malheureux, le jour où ceux qui peuvent les payer s'acquitteront d'une façon rémunératrice !

Dr Grellety (de Vichy).

proclamée par M. Grancher ; mais elle est curable dans certaines conditions hygiéniques particulières. C'est pour assurer aux tuberculeux la réunion scientifique de ces conditions hygiéniques spéciales que l'on a eu l'idée de fonder des établissements de traitement contre la phthisie, désignés sous le nom de *sanatoria*.

Nous ne sommes plus à l'époque où l'on cachait soigneusement aux tuberculeux la nature réelle de leur mal, sous prétexte de ne pas les effrayer.

Il faut que le phthisique soit prévenu à temps ; le silence et le mensonge à son égard doivent être à jamais rejetés : le malade est aussi intéressé que l'entourage à connaître au moins une partie de la vérité, c'est-à-dire le diagnostic de tuberculose ; seul le degré de la maladie n'a pas à être dévoilé, cela ne servirait de rien. Quand on sait que l'on est tuberculeux, en effet, et surtout quand le médecin vous a persuadé de la possibilité d'une guérison, on se met avec courage et conviction à l'œuvre de calme et de restauration indispensable à l'organisme ; on abandonne les plaisirs ou les occasions dangereuses, on se soumet de bon gré à l'hygiène imposée. Mais, pour que le traitement soit rigoureusement exécuté, il est nécessaire que le malade soit isolé de sa famille et souvent surveillé par le médecin ; il est indispensable qu'il respire un air sain et non confiné, qu'il ne soit pas exposé aux brusques variations de l'atmosphère, qu'au lieu du surmenage de la vie des villes, il soit soumis au repos forcé, prolongé, du corps et de l'esprit.

Or ce sont les principaux desiderata que remplit le sanatorium, et c'est dans ce but que les différents pays de l'Europe ont organisé de nombreux établissements d'isolement destinés exclusivement au traitement de la tuberculose des voies respiratoires. En ALLEMAGNE, se trouvent les sanatoria Gœrbersdorf (Brœhmer), Rompler, Comtesse Puckler, Falkenstein, Hohenhonnef, Reiboldsgrun, Saint-Blasien, Badenweiler, Nordrach, Schomberg, Saint-Adréasberg, Rehburg, Altenbrack, Ruppertshain ; en SUISSE, ceux de Davos, de Leysin, d'Arosa, de Weissenbourg ; en AUTRICHE, celui de Neuschmecks ; en NORWÈGE, celui de Tonsaasen ; en FRANCE, ceux du Canigou (Vernet-les-Bains), d'Angicourt ; en BELGIQUE, celui de Bockryck, etc.

« Depuis de longues années déjà, on préconise la cure à l'air libre comme un des traitements les plus efficaces de la tuberculose pulmonaire. Autrefois, on envoyait les malades soit simplement à la campagne, soit sur le littoral méditerranéen. Puis les médecins ont reconnu l'efficacité de l'altitude ; l'été seulement, on ordonnait au malade un séjour à la campagne. Davos, le premier, est devenu une station d'hiver, mais les résultats obtenus n'étaient pas encore assez probants. Les statistiques étaient mauvaises, car beaucoup de malades ne tentaient ce séjour qu'à la période ultime, quand tous les traitements avaient été inefficaces. Et cependant, il existait en Allemagne, depuis longtemps, des établissements affectés uniquement aux phthisiques, des sanatoria : Gœrbersdorf en Silésie, dirigé par Brœhmer, Falkenstein dans le Taunus par Dettweiller. Ils publiaient régulièrement leurs résultats, et ces résultats étaient surprenants. Pourquoi les médecins français n'y envoyaient-ils pas les malades ?

« Le séjour au milieu de personnes parlant une langue étrangère, la discipline trop rigoureuse, étaient les raisons qui les faisaient hésiter, sans doute. Mais maintenant qu'il existe deux sanatoria presque exclusivement composés de Français à Leysin, dans le canton de Vaud et au Canigou, dans les Pyrénées-Orientales, ils mettent encore une certaine réserve à préconiser ce traitement énergique.

« On craint parfois de faire entrer un malade dans un établissement affecté uniquement à la phthisie pulmonaire. Pourquoi cette crainte ? Le contact avec d'autres bacillaires ? Mais les chances de contagion sont moindres que partout ailleurs, car les pensionnaires sont tenus à une discipline rigoureuse ; pour les crachats, ils se surveillent les uns les autres, et les analyses de l'air pris dans une chambre de sanatorium dénote une quantité de bacilles moindre que dans l'air de n'importe quelle ville et de n'importe quel endroit public.

« Pourquoi les malades eux-mêmes ont-ils peur de se soumettre à ce traitement ? Pour deux raisons : La première est l'effroi de ne se trouver qu'avec des tuberculeux qu'ils verront mourir ou souffrir à côté d'eux. La réponse est facile. Dans un sanatorium de montagne les grands malades sont rares ; et ceux qui s'y trouvent restent sur leur balcon ou dans leur chambre ; on n'y admet que les cas offrant des chances de curabilité ; aussi les décès y sont-ils tout à fait exceptionnels.

« La deuxième raison est la plus importante : c'est l'appréhension de se soumettre à une discipline et à un règlement. Mais c'est là la principale condition de la guérison.

« Un malade va-t-il dans le Midi, ou à la campagne ou dans un superbe hôtel de montagne ; il croit que le seul traitement consiste dans le plein air. Deux cas se trouvent en présence :

« Ou bien l'atteinte est légère et le sujet a encore la force de suivre les personnes bien portantes. Il supporte quelques fatigues, se couche quelquefois plus tard, fait une excursion plus longue, cède à quelques tentations, et ne s'aperçoit pas, ou souvent ne veut pas s'apercevoir qu'il se surmène ; son système nerveux le soutient encore longtemps. S'il ressent quelque fatigue, il ne veut pas y faire attention et se promet un grand repos pour les jours suivants, repos qu'il ne prend jamais.

« En fait, il est indispensable de le placer sous la surveillance continue d'un médecin intelligent et l'endroit le plus favorable que l'on puisse trouver pour arriver à ce but est un sanatorium. C'est là seulement qu'on trouve réalisées les conditions nécessaires à la guérison d'un phthisique :

1° Le soumettre à une vie régulière ayant pour but unique : « se soigner et se guérir » ; pour cela lui imposer une certaine discipline.

2° L'éloigner de tout ce qui peut le fatiguer moralement ou l'énerver, et pour cela l'isoler, pour ainsi dire, du reste du monde, c'est-à-dire de ses parents et amis (1).

La réputation générale que l'on donne à un

(1) *Gazette hebdomadaire*, décembre 1895.

sanatorium est de ressembler à une prison. Effectivement, cette vie monotone, réglée, imposée, semble au premier abord, pénible, écrasante. Et cependant, on s'y fait sans trop de peine. La première impression est triste, la maison semble vide, car tous les malades, ou presque tous, passent leur journée étendus en plein air dans des galeries couvertes, d'où l'on a l'avantage, à Leysin particulièrement, de jouir d'une vue splendide. Au bout de quelques jours, le malade commence à s'habituer au repos, il parle avec d'autres malades qui sont là depuis des mois, quelquefois des années et s'en trouvent bien ; ne se ressentent pas trop de l'ennui et finissent par s'accommoder de cette vie monotone.

En un mois généralement, l'acclimatation morale est faite ; le nouveau pensionnaire se familiarise avec l'idée de séjourner longtemps dans l'établissement, il s'arrange pour lire, se crée des sympathies, de petites occupations inoffensives, se promène et arrive à terminer sa journée sans trop d'ennui. Il ne faut donc pas rester sur la première impression que l'on a en arrivant dans un sanatorium, et avoir le courage de tenter l'expérience dont les résultats sont excellents, à quelques très rares exceptions près.

I

CONDITIONS QUE DOIT REMPLIR UN SANATORIUM.

D'après M. le Dr L. Petit, dans tous les sanatoria, quelle que soit leur situation géographique, on obtient des résultats à peu près équivalents, pourvu que la méthode y soit appliquée dans toute sa rigueur scientifique. Là où le climat peut aider la cure, on compte avec lui, mais il n'intervient jamais dans le traitement qu'à titre secondaire.

« Le meilleur climat est celui qui restreindra le moins la durée quotidienne de la cure au grand air : à ce point de vue, la montagne vaut généralement mieux que la plaine : l'air y est pur, la lumière intense, le sol sec, la température plus égale quoique froide, le vent moins violent.

« Comme l'a écrit Turban, il est évident, tout d'abord, qu'un air pur est indispensable et qu'il faut fuir la proximité des grandes villes, des usines, avec la poussière, la suie et les gaz délétères. D'un autre côté, l'accès des stations pour phthisiques doit être facile, et, pour cette raison, il est bon qu'elles se trouvent non loin d'une gare de chemin de fer ou d'une route postale.

« Le terrain sur lequel sera construit le sanatorium doit être sablonneux, sans humidité, et donner le moins de brouillards possible, après le coucher du soleil. Les plateaux bien exposés au midi ou les vallées larges ouvertes vers le sud sont particulièrement favorables, à la condition d'être abrités par de hautes montagnes contre les vents du nord et du nord-ouest. Le voisinage des pins est également à désirer comme purificateur de l'atmosphère, et aussi comme abri, l'été contre les chaleurs, et dans la mauvaise saison contre le vent.

« Un terrain en pente douce est tout indiqué. Bien approvisionné d'eau vive, il doit être assez vaste pour qu'on puisse y établir un grand jardin, ou mieux un parc entourant les constructions. Ce parc parsemé d'abris couverts, sillonné de sentiers à plat, de chemins à pentes graduées, permet le repos, la promenade et l'entraînement, qui constituent les divers formes de la cure à l'air libre.

« Les sanatoria moyens sont préférables, car ils assurent aux pensionnaires une société suffisante pour dissiper l'ennui et une surveillance médicale sérieuse qui n'est guère possible dans les établissements trop vastes. La disposition architecturale sera des plus simples. La façade principale sera orientée au midi.

« Le rez-de-chaussée sera réservé aux salles communes, salons, salle à manger, etc. — Les étages comprendront les chambres à coucher, toutes en plein midi. Celles-ci seront desservies par un large corridor sur lequel elles s'ouvriront toutes, et garnies de balcons à châssis ouvrants. Avec une bonne ventilation, il n'est pas nécessaire que les chambres aient de très grandes dimensions ; il suffit qu'elles cubent de 50 à 60 mètres ; elles sont, ainsi, plus faciles à chauffer et conservent mieux une température toujours égale. Les portes-fenêtres, hautes et larges, permettront à l'air, à la lumière et à la chaleur du soleil d'entrer pendant le jour et elles resteront pour cela constamment ouvertes. Elles seront garnies à leur partie supérieure d'impostes ouvrants, de châssis se mouvant autour d'un axe horizontal, ou bien de vitres perforées. De tous les procédés d'aération permanente celui de la fenêtre entr'ouverte est le plus simple et le plus efficace.

« Dans la disposition de la chambre, la porte sera placée en face de la fenêtre, pour permettre de changer l'air rapidement et complètement.

« Les parois, les plafonds, les portes et les fenêtres seront dépourvus de tout ornement saillant et peints à l'huile ou vernissés, de façon à pouvoir être facilement lavés ; il en sera de même des meubles. Rideaux, tentures et tapis seront supprimés.

« Le parquet, passé à l'huile ou au vernis, sera recouvert de linoléum ou enduit d'une couche de paraffine dissoute au 1/10e dans de la benzine de pétrole légère. En laissant sécher pendant plusieurs jours, le sol devient dur et uni comme du marbre, jamais gluant, et il est facile à laver et à entretenir à peu de frais. Les planchers ainsi paraffinés sont lavés une fois par mois à grande eau et chaque jour, on les nettoie avec un torchon de laine, humecté d'une solution antiseptique. Balais, brosses et plumeaux ne doivent jamais paraître.

« La façade méridionale du sanatorium, sera, dans toute sa longueur, garnie d'une véranda ou galerie couverte, large de plusieurs mètres et surélevée du sol par deux ou trois marches. Cette galerie, en bois ou en fer léger, occupe généralement toute la hauteur du rez-de-chaussée. Elle est fermée aux deux extrémités et complètement ouverte sur le devant. Des stores la protègent contre le vent et le soleil.

« Elle est meublée de chaises longues en osier, garnies d'un matelas de toile cirée. Tous ces sièges-lits, disposés côte à côte, sont séparés par de petites tables et surmontés d'une lampe électrique. Des paravents permettront d'isoler les malades qui ont besoin d'un repos plus complet.

« C'est sous ces vérandas que les phthisiques passent la majeure partie de leurs journées, étendus sur leurs chaises longues, soumis à la cure d'air au repos.

« Une installation hydrothérapique et une étuve à désinfection, sont les compléments indispensables de cette organisation.

« D'autre part, le chauffage et la ventilation ont une importance capitale dans un sanatorium. Le chauffage à vapeur est le seul rationnel : il permet de faire varier les surfaces chauffantes à son gré, suivant les oscillations de la température, et aussi de rendre indépendant du calorifère l'air destiné à la ventilation, tout en l'introduisant au degré de température convenable. Le chauffage par la vapeur à basse pression et à retour direct est le plus pratique : il offre l'avantage de pouvoir s'établir avec des chaudières qui n'exigent que peu de surveillance. L'introduction de l'air nécessaire à la combustion est réglée par un appareil qui ramène automatiquement l'aiguille du manomètre au chiffre que l'on s'est fixé d'avance.

« Ce mode de chauffage s'allie à la ventilation. L'air extérieur pénètre par les bouches placées au niveau du sol, en avant des tuyaux du calorifère, sur lesquels il s'échauffe. Des portes à coulisses permettent de faire varier la section d'admission, selon les circonstances. L'air vicié s'échappe à la partie supérieure du plafond par des cheminées d'appel calculées de façon à éviter les tourbillons et les courants d'air.

« Un sanatorium destiné à guérir les phthisiques ne doit recevoir que des phthisiques et rester fermé à tous les autres malades ; en outre, il importe de n'y admettre que ceux dont la guérison est possible et même probable. La direction doit en être confiée à un médecin expérimenté, qui aura sous ses ordres le personnel chargé des services administratifs et qui résidera, sinon dans l'établissement même, du moins à une proximité telle qu'il puisse être aisément renseigné sur tout ce qui s'y passe. Une surveillance médicale constante est indispensable aux phthisiques, pour les accoutumer au régime hygiénique exigé par leur état (1).

« Au point de vue de l'alimentation, aucune contrainte, aucun régime n'est indispensable. Généralement, la vie permanente au grand air suffit de stimulant à l'appétit ; mais, il est bon de faire faire au malades de petits repas fréquents, au lieu de deux repas copieux qui sont d'une digestion laborieuse.

« La partie pédagogique de la cure, dans un sanatorium, a une importance considérable. Elle met les malades à même de bien comprendre les dangers de la contagion et les moyens simples qui permettent de l'éviter.

« Une inscription : *Défense de cracher à terre*, etc., rappelle le rôle du crachat desséché, dans la transmission de la tuberculose. Pour l'éviter, des crachoirs seront disposés un peu partout, quelques-uns fixés au mur, à hauteur de la poitrine, pour que les malades puissent s'en servir sans avoir à se pencher en avant. On semble avoir donné la préférence au vase de verre étranglé à sa partie moyenne, avec bords presque à pic pour que le crachat tombe facilement au fond, qui sera garni d'une solution antiseptique. Chaque malade a de plus son crachoir de poche, à fermoir étanche, qu'il emporte avec lui pour ne jamais cracher dans son mouchoir, ni à terre, même dehors.

« Les chambres sont désinfectées au complet, toutes les fois qu'elles changent de pensionnaire. En un mot, toutes les mesures sont prises pour éviter le transport des germes virulents et la contamination du personnel ou des personnes bien portantes.

« Pour obtenir les résultats qu'il est en droit d'attendre du régime du sanatorium, le médecin directeur doit avoir une volonté inébranlable. Après avoir fait passer sa conviction dans l'esprit du malade, il lui faut savoir exiger de celui-ci qu'il ne déroge jamais aux règles du traitement. Malgré sa patience, son dévouement et sa commisération, le médecin ne doit pas manquer de fermeté. Mais il doit savoir aussi développer et entretenir chez son malade la confiance et l'espoir, sans lesquels tous les autres facteurs de la cure sont frappés d'impuissance ; l'art du spécialiste doit s'appliquer, avant tout, à créer une foi inébranlable, que n'atteignent ni la discussion, ni le doute. »

Il est bon que le malade passe à la visite tous les quinze jours et que l'on prenne sa température deux fois par jour, le matin et à cinq heures.

De plus, le médecin le voit tous les jours, soit chez lui, soit à la galerie ; il s'informe de son état, de sa température et peut souvent, au moindre signe d'indisposition, prévenir par un conseil opportun une rechute ou un accident aigu.

Quelle est la conséquence nécessaire de cette vie constante au grand air ? Le repos continu empêche toute espèce de déperdition, et tout ce que l'on prend est de l'acquit. L'appétit se réveille et ne tarde pas à être très vif. L'état général s'améliore, les forces reviennent peu à peu. Le poids augmente et l'apparence générale devient telle que les malades ont souvent meilleure mine que les trois-quarts des gens bien portants des grandes villes. Du côté de l'appareil respiratoire, on constate également un progrès graduel. Le grand air joint à la nourriture, provoque la cicatrisation ; la fièvre tombe, la toux et l'expectoration diminuent.

En résumé, le traitement de la phthisie pulmonaire, dans un établissement fermé, a pour but, d'après M. Knopf :

1° De faire vivre le malade constamment dans une atmosphère pure et saine;

2° De lui donner une demeure où les meilleures conditions hygiéniques soient, autant que possible, réalisées ;

3° De lui faire pratiquer l'aérothérapie, soit par le repos sur une chaise longue à l'air libre, soit par des exercices respiratoires, ou des promenades graduées sur des terrains inclinés ;

4° D'obtenir l'endurcissement du malade par le séjour prolongé à l'air et à des températures variables, des exercices modérés et l'hydrothérapie aidée par le massage ;

5° De lui donner une nourriture saine, très abondante et préparée spécialement, si son état le demande;

6° De le protéger, par une hygiène spéciale, contre une infection nouvelle, soit par ses propres crachats, soit par les crachats d'autres tuberculeux qui, desséchés et pulvérisés, flottent

(1) Duhourcau. *Bull. gén. de thérap.* 1896.

en abondance dans l'atmosphère des chambres des phthisiques libres et dans les lieux publics ;

7° De lui procurer la présence permanente d'un médecin ayant une expérience spéciale de la phthisiothérapie, qui dirige le traitement hygiéno-diététique, après une étude approfondie de chaque malade, et d'après la force de résistance de l'organisme individuel, et qui enfin, quand il y a lieu de donner des médicaments, peut surveiller sur place leur effet ; le médecin a également pour rôle de le protéger contre les maladies intercurrentes.

On obtient l'endurcissement du malade par l'ensemble de ces conditions, qui ne peuvent être réalisées que lorsqu'elles sont dirigées par un médecin sévère, instruit et convaincu. Un malade placé dans les meilleures conditions d'hygiène, avec la meilleure nourriture, avec le plus grand bien-être, n'obtiendra jamais le résultat aussi sérieux, aussi parfait qu'un phthisique placé dans des conditions même moins avantageuses, dans un établissement fermé, mais bien dirigé.

Quant à la règle absolue, rigoureuse, mathématique de cette direction médicale, de ce traitement hygiénique et thérapeutique, il est impossible d'en poser les théorèmes et les corollaires, pour le bon motif que chaque malade offre des indications spéciales, chaque climat des différences particulières, avec lesquelles le praticien doit compter et auxquelles il doit conformer sa ligne de conduite.

Les médecins en chef des sanatoria proscrivent d'une façon absolue tout médicament, même en cas de complications, désireux qu'ils sont d'attribuer tout le mérite des cures obtenues à l'application de leurs principes d'hygiène et aux avantages si considérables de l'atmosphère. Nous ne partageons pas, sur ce point, leur manière de voir. Tout en admettant la grande influence de la cure d'air sur le tuberculeux, nous affirmons cependant que l'administration de certains médicaments bien employés ou la méthode nouvelle d'immunisation, hâteront la guérison. Une nouvelle méthode pourra même, un jour, guérir de toutes pièces la tuberculose, tout comme la diphthérie. Néanmoins, quand cette méthode sera définitivement reconnue certaine et incontestée, le tuberculeux ne pourra jamais renforcer son organisme et le rendre réfractaire à une nouvelle infection bacillaire, sans passer quelques semaines ou quelques mois dans une atmosphère pure, sans avoir obtenu, par un régime hygiénique savamment dirigé, un endurcissement suffisant.

II

LES SANATORIA ACTUELS POUR MALADES PAYANTS ET POUR INDIGENTS.

Nous venons d'exposer les avantages et les nécessités de tout sanatorium pour tuberculeux. Nous espérons avoir fait saisir à nos lecteurs l'immense intérêt qui s'attache à la création et au perfectionnement de ces établissements. Il ne nous reste qu'à résumer, en quelques lignes, la situation de chaque pays et principalement de la France, en ce qui concerne le nombre et la valeur des sanatoria.

Nos voisins de l'est et du nord paraissent mieux pourvus que nous jusqu'à présent.

L'Allemagne, l'Angleterre, la Suisse, la Belgique, ont de nombreux sanatoria et hôpitaux pour tuberculeux adultes et pour enfants.

En France, à part le sanatorium payant du Canigou (Vernet-les-Bains) et le *futur* hôpital d'Angicourt (Oise), qu'avons-nous ? Beaucoup de plans et de projets, mais point d'exécutions, excepté pour les enfants. Pour ces derniers, l'initiative privée a déjà fait beaucoup ; après Villepinte, le premier asile comme date, l'œuvre des enfants tuberculeux qui date de 1888 et qui a été fondée par des médecins, a déjà deux hôpitaux ou sanatoria, l'un à Ormesson, près Champigny, l'autre à Villiers-sur-Marne. Ces différents établissements, quoique trop restreints — Ormesson a cent lits, Villiers environ cent soixante — sont aménagés suivant les données scientifiques que nous avons exposées dans notre première partie : outre ces sanatoria de pleine campagne, il existe des hôpitaux et sanatoria maritimes à Berck, à Cette, à Cannes, à Pen-Bron, à Arcachon, à Banyuls-sur-Mer, à Cap Breton, à Hyères-Giens, à Saint-Pol, à Versur-Mer ; il en existe aussi à Peyraube et à Amplepuis, sur des hauteurs de 5 à 600 mètres. En un mot, les enfants ont déjà bon nombre d'établissements gratuits et payants, où ils sont assurés de trouver l'air pur et l'hygiène nécessaires à leur guérison.

Mais pour les adultes, il y a une énorme lacune à combler. Le sanatorium du Canigou (1), fondé par le Dr Sabourin, situé à 650 mètres d'altitude ; il est fort bien aménagé, mais il a le défaut de ne pas loger les malades la nuit et de les forcer à habiter un hôtel du village, ce qui empêche l'application d'une bonne discipline et d'une hygiène sévère, de tous les instants.

« Depuis quelques années, on a établi à Saint-Martin-Lantosque, près de Nice, à une altitude de 1.000 mètres, un hôtel où un certain nombre de malades du littoral méditerranéen vont passer leur saison d'été. L'essai, timidement fait, n'a pas encore donné des résultats appréciables. On ne saurait chercher la cause de cet insuccès dans l'aversion du phthisique français pour les sanatoria, puisque ce même phthisique, on le trouve à Leysin, à Davos, et jusque dans les établissements fermés d'Allemagne où il va chercher, au prix d'un exil, les éléments de guérison, qu'il ne trouve pas encore dans son pays » (2). Et cependant, le nombre des tuberculeux augmente chaque année dans toutes les classes de la société ; dans les seuls hôpitaux de Paris, il y a de 800 à 900 tuberculeux de plus chaque année : la moyenne du nombre des admissions est de 13 à 15,000 chaque année ; la statistique municipale accuse une moyenne de 200 à 250 décès chaque semaine par la seule tuberculose pulmonaire. Qu'attend-on pour faire et multiplier les sanatoria et les hôpitaux pour phthisiques pauvres ? On ne manquera pas de clientèle, j'en prends à témoins les confrères qui s'intitulent spécialistes pour les maladies de poitrine. On a créé de nombreux dispensaires (rue de Miromesnil, rue de la Banque, place Clichy, etc.) pour les tuberculeux et ces établissements sont inondés de malheureux malades

(1) Vernet-les-Bains (Pyrénées-Orientales).

(2) Léon Petit. Le phthisique et son traitement hygiénique.

qui, n'étant soumis ni à l'hygiène, ni à la surveillance médicale, ni enfin aux vivifiantes effluves de l'air de la campagne, n'en retirent qu'un trop minime bénéfice.

Des sociétés financières ont essayé de se constituer pour fonder des établissements climatériques en Corse et dans les Pyrénées, et leurs projets aboutiront peut-être. Nous ne pourrions que nous en réjouir, mais dans quelle limite de temps ? nul ne saurait le dire.

L'entreprise n'est cependant ni impraticable, ni même aléatoire, au point de vue des résultats. Pourquoi n'imiterions-nous pas un de nos distingués confrères, qui, ayant pu réunir un certain nombre de capitaux, a créé une vaste maison de santé pour les maladies nerveuses à Boulogne-sur-Mer ?

Le Dr L. Petit a résumé, dans son remarquable livre sur le phthisique et son traitement hygiénique, un projet de solution économique qui ne saurait nous échapper.

« Les établissements payants d'Allemagne donnent à leurs actionnaires des bénéfices considérables.

En établissant en France dans une région bien choisie, Pyrénées, Savoie, Bretagne ou littoral de la Méditerranée, un sanatorium pour les phthisiques aisés, il serait possible de faire une bonne action doublée d'une bonne affaire

Ce sanatorium aurait pour dépendance un établissement populaire gratuit, dont les frais seraient en partie ou en totalité couverts par les bénéfices de la maison de santé payante. Cet hôpital serait situé à proximité du sanatorium, ou s'il y avait inconvénient à ce rapprochement dans un tout autre point du territoire.

Mais les deux institutions auraient des destinées financières communes.

D'après les calculs basés sur les établissements déjà existants, Falkenstein ou Davos, on peut établir le budget suivant, le sanatorium payant étant établi pour 100 malades et l'hôpital populaire renfermant 50 lits.

A. *Frais de premier établissement* :

1. Sanatorium..........	1.000.000 fr.
2. Hôpital..............	250.000 »
Total............	1.250.000 fr.

B. *Frais d'entretien annuel.*

1. Sanatorium :

Prix de journée 8 francs.	292.000 fr.	300.000 fr.
Imprévu.................	8.000 fr.	

2. Hôpital :

Prix de journée 5 francs.	86.250 fr.	100.000 fr.
Imprévu.................	13.750 fr.	

3. Intérêt du capital 3 %...........	37.500 fr.
4. Amortissement de 5 fr. %.......	62.500 fr.
Total des dépenses..........	500.000 fr.

C. *Recettes.*

1. Sanatorium :

Prix de journée 15 fr.....	537.000 fr.
Suppléments 2 fr.........	83.000 fr.
Total des recettes..	620.000 fr.
Bénéfice...........	120.000 fr.

Après le paiement des intérêts à 3 % et l'amortissement du capital en 20 ans assurés, il reste encore aux actionnaires un dividende de près de 10 %.

Le succès du sanatorium payant ne saurait être douteux, si cet établissement répond aux exigences de l'hygiène et du confort.

Il suffit pour s'en convaincre de constater que Falkenstein est toujours au complet.

« On pourrait même ne pas se lancer d'un seul coup dans l'agencement des deux maisons : commencer par le sanatorium et ne faire fonctionner l'hôpital qu'avec les bénéfices réalisés, l'année précédente, à l'établissement payant. Le quantum prélevé sur les fonds indiquerait, à chaque inventaire, le nombre des malades pauvres qui pourront être hospitalisés dans l'année.

« Il est bon de remarquer que, dans le projet de budget ci-dessus, l'hôpital ne figure pas au chapitre des recettes. Or il est impossible qu'un tel établissement ne provoque pas tôt ou tard un élan de la charité privée. Les questions de sentiment s'en mêleront. Elles ne sont pas à dédaigner. Il semblera aux malades riches qu'ils guériront mieux, si l'argent qu'ils dépensent pour se soigner, sert à secourir des pauvres atteints du même mal qu'eux. Il y a de grandes chances de succès dans cet accouplement des deux établissements. Peut-être pourrait-on tenter l'expérience, d'abord avec un sanatorium pour les malades de la classe moyenne, qui serait moins onéreux que l'hôpital, puisqu'on y paierait une petite pension. »

En somme, il ne manque que des capitalistes pour tenter une semblable entreprise ; pourquoi ces capitalistes ne seraient-ils pas des médecins français ? Deux mille quatre cents médecins prenant chacun une action de cinq cents francs, formeraient la société financière commanditaire. Ce serait, en somme, un bon et honnête placement, qui nous rapporterait à tous et dont les malades ne pourraient se plaindre, puisqu'ils en bénéficieraient. Est-ce que cela ne vaudrait pas mieux que de laisser n'importe quel gros banquier s'emparer de l'affaire ?

C'est une question à méditer avant de l'entreprendre ; mais il ne faudrait pas que la méditation fût trop longue, car elle risquerait fort d'être stérile.

Dr Paul Huguenin.

FAITS CLINIQUES

Infection para-tuberculeuse.

Dans un appartement situé à Paris, en un quartier très aéré, habitait un tuberculeux pulmonaire qui garda le lit pendant 6 mois et mourut de consomption le 1er février 1894. Peu de temps après le décès, la famille quitta l'appartement ; il fut loué, environ six mois après, à M. G... qui vint y habiter avec sa famille composée du père, de la mère, d'une jeune fille de 20 ans et de deux jeunes enfants, une fillette de 7 ans et un petit garçon de deux ans.

A la mort du phtisique, la désinfection n'avait été que sommaire ; seule la pièce où avait eu lieu le décès fut désinfectée. Le lit de M. G... fut mis exactement à l'emplacement de celui du précédent locataire.

Tout alla bien, quand, en février 1895, c'est-à-dire 1 an après le décès, la petite Marcelle G...,

âgée de 7 ans, eut la scarlatine dont elle guérit normalement. Le petit frère, Georges G..., avait été isolé à la campagne, et ne revint que quand la sœur fut complètement guérie. La désinfection du linge et de la chambre fut faite réglementairement et l'enfant alla passer 15 jours à la campagne, en convalescence. Elle revint en mars.

Pendant son absence la mère avait plié le lit de l'enfant et l'avait mis, avec la literie, qui avait été soigneusement nettoyée, dans un cabinet noir, situé dans l'appartement, à côté de la chambre à coucher. Or, durant la maladie du précédent locataire, ce cabinet servait de dépôt pour le linge sale; les serviettes souillées par les expectorations ou les vomissements, les draps trempés de sueurs, les linges à pansement provenant d'eschares fessières, et de vésicatoires, tout était là entassé pêle-mêle et y séjournait pendant un temps plus ou moins long, malgré toutes les précautions prises pour éviter cela.

Au décès du malade, ce cabinet ne fut pas désinfecté, même pas nettoyé, par suite de l'incurie des intéressés.

L'enfant ayant couché dans le lit qui avait séjourné environ 15 jours dans ce cabinet (lit en fer, sommier et matelas) fut pris, vers le troisième ou quatrième jour suivant, d'un violent accès de fièvre qui dura 12 heures, disparut et revint 3 jours après et ainsi de suite, jusqu'au moment où le diagnostic de fièvre intermittente étant posé, l'enfant fut évacué à la campagne, où l'amélioration se fit progressivement. Sur ces entrefaites, le petit frère, âgé de deux ans, fut pris des mêmes phénomènes fébriles à forme intermittente; ce qui le fit envoyer à la campagne.

Vers la fin d'avril, le père fut pris à son tour et l'infection revêtit au début, chez lui, le type gastrique fébrile, qui disparut au bout de quelques jours, pour être remplacé par une fièvre intermittente à accès tous les 5 jours. Peu à peu les accès cédèrent et devinrent fort irréguliers.

La même manifestation fébrile se présenta chez la jeune fille de 20 ans ; mais ce fut une forme atténuée. La mère eut elle-même à subir deux petites atteintes.

Quelle fut l'étiologie de cette fièvre?

Rien dans la famille ne peut servir à l'expliquer, car parents et enfants sont tous nés à Paris, qu'ils n'ont jamais quitté, et tous sont robustes et bien portants. Le père est légèrement arthritique. Il a été impossible de relever aucun antécédent morbide héréditaire, collatéral ou personnel, qui pût chez les uns ou chez les autres donner la clef de l'énigme. L'origine tellurique ne peut être invoquée, car il n'y a pas eu de fouilles dans le quartier, qui est très aéré et très sain. D'ailleurs, dans ce cas, il y aurait eu d'autres manifestations dans le quartier, tandis qu'ici, nous nous trouvons en présence d'un fait isolé, évoluant sur place.

C'est donc dans l'état local qu'il faut chercher l'étiologie. Dans cet ordre d'idées, les faits nous semblent s'enchaîner avec une netteté parfaite. Le foyer infectieux est le cabinet qui servait de débarras pendant la maladie du tuberculeux et qui ne fut pas désinfecté. C'est là que le lit de l'enfant fut contaminé.

L'agent pathogène est sûrement de nature microbienne, mais quel en est le microbe? En l'occurrence, les moyens cliniques étaient seuls à notre disposition, et il nous est impossible de trancher cette question, qui, pour nous, semble se résumer dans les propositions suivantes:

Quelle est la variété du microbe? est-ce le bacille de Koch, atténué ou modifié? est-ce une association microbienne? est-ce le microbe particulier de la fièvre hectique tuberculeuse? Sommes-nous en présence d'une fièvre symptomatique, de la lutte de l'organisme contre le bacille envahissant, fièvre de phagocytose?

Dans tous les cas, il y a là sujet à des recherches fort intéressantes ; c'est dans ce seul but que j'ai tenu à mettre cette observation en lumière, pour la livrer à l'étude des observateurs, me réservant d'y revenir moi-même, si les événements venaient éclaircir la question.

Dr Georges Petit (Paris).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Nous appelons l'attention de nos confrères sur l'article suivant et sur la lettre dont il a été le prétexte.

Le médecin et les affaires commerciales.

« Le médecin exerce un sacerdoce. Comme à l'officier, tout commerce doit lui être interdit.» Si nous vivions il y a quarante ou cinquante ans, telle serait, sans doute, la réponse que j'aurais à faire aujourd'hui à diverses lettres qui, depuis quelques semaines, me posent une série de questions délicates à résoudre. Mais, comme l'a si bien dit Dechambre : « Hors du cercle rigoureux du juste et de l'injuste, flottent et se succèdent les formes changeantes des mœurs et de la coutume. Cette mobilité n'est pas un pur effet du caprice des hommes ; elle est, le plus souvent, la conséquence nécessaire de la variabilité des conditions sociales, de la nature multiple des intérêts, du degré d'éducation des peuples. Prendre, au milieu d'une époque, un fait de l'ordre moral et le juger abstractivement des mœurs régnantes ou sous le jour des mœurs d'une autre époque, serait s'exposer à une très fausse appréciation. » Et plus loin, mon vénéré maître, dont l'austérité et l'honnêteté n'ont jamais été mises en doute, écrit ces paroles mûrement réfléchies et sérieusement commentées : « Lorsque l'intérêt commercial et industriel d'un médecin se trouve en cause dans un livre à débiter ou dans un établissement à faire prospérer, il est juste d'admettre la libre divulgation du fait, c'est-à-dire de l'apparition du livre, de la fondation de l'établissement, parce que, dans ces cas, la divulgation est la condition nécessaire et légitime du succès et que, dépourvue de toute appréciation scientifique, elle n'exprime rien de plus que l'offre de la chose mise en circulation. » (*Le Médecin*, p. 101.)

Dechambre admet donc que le médecin peut avoir un intérêt commercial ou industriel. Il dit aussi (p. 114) : « Le médecin digne de ce nom ne se permet pas toutes les pratiques du commerce. » Or, c'est à ce point de vue qu'il faut, en effet, se placer pour juger impartialement ce qu'il convient de conseiller à ceux qui ont bien voulu solliciter mon avis.

Un médecin est propriétaire d'immeubles. Il peut, s'il en a le temps, les gérer lui-même et en tirer de très légitimes ressources. Il est agriculteur ou vigneron. Il vendra ses récoltes ou son vin. Personne ne peut songer à le lui reprocher s'il n'invoque pas son titre professionnel pour s'en faire une réclame. Je n'aime pas, en effet, à recevoir les circulaires *imprimées*, de médecins qui, sous prétexte de confraternité, viennent m'offrir leurs vins, leurs huiles ou leurs abricots. Mais je dois reconnaître que ces confrères ne manquent vraiment pas aux

règles professionnelles en agissant de la sorte. C'est tout au plus si l'on pourrait incriminer leur discrétion confraternelle. Ils agissent en commerçants, c'est entendu ; mais dans l'immense majorité des cas, leurs assertions, j'aime à le croire, sont véridiques. Et, dans ces temps de fraude et de concurrence effrénées, il est parfois bon de connaître ceux à qui l'on s'adresse et d'être assuré de leur honnêteté commerciale. C'est ce qui arrive lorsqu'on s'adresse à un médecin que l'on connaît ; c'est ce qui doit arriver souvent pour ceux qui nous envoient leurs prospectus.

Mais il arrive aussi que des médecins s'autorisent de certains titres. Ils sont membres d'une Association, d'un Syndicat confraternel. Ils prennent les noms de leurs collègues. C'est à eux qu'ils s'adressent pour écouler leur marchandise. Ici déjà la question se complique. L'Association ou le Syndicat doivent-ils autoriser officiellement ou même encourager ces pratiques ? Je ne le pense pas. Dans ce cas, en effet, ces Associations prendraient la responsabilité de ce commerce, garantiraient son impeccabilité et s'exposeraient souvent, alors même qu'il n'y aurait pas fraude, à des récriminations aussi pénibles que difficiles à arrêter.

On interdit à un magistrat, à un avocat, à un sénateur ou député, d'invoquer son titre ou sa fonction pour recommander ce qu'il peut avoir à vendre. Il serait bon que le médecin s'interdit à lui-même de faire suivre son nom d'un qualificatif quelconque.

Mais voici qu'un médecin ou qu'une Association de médecins songe à fonder une Société destinée à la construction d'un sanatorium, à l'exploitation d'une station hydrominérale, à la fondation d'un institut de gymnastique, d'électricité ou d'hydrothérapie. Et voici que des actions sont émises, que les médecins sont conviés à les souscrire. On leur dit : « Nous voulons créer une œuvre utile. Nous voulons réaliser en France ce qui se fait à l'étranger. Mais les institutions analogues à celles que nous voulons fonder exigent, à leurs débuts, des capitaux considérables. Nous sommes à peu près sûrs du succès. Ces capitaux produiront donc de gros intérêts. Pourquoi ne vous ferions-nous pas profiter de ces légitimes bénéfices ? » On dit aussi : « Il existe, en France, des maisons d'aliénés, des maisons d'hydrothérapie qui sont dirigées, gérées par des médecins. Il n'est jamais venu à la pensée de personne de mésestimer ces médecins, parce qu'ils faisaient payer pension à leurs malades. Il en sera de même pour nous. »

Et l'on trouve des Médecins pour souscrire ces actions et pour s'intéresser directement à ces créations nouvelles.

Eh bien ! je n'hésite pas à déclarer que ces opérations commerciales sont dangereuses, qu'elles doivent être condamnées au point de vue déontologique. Je m'explique.

Un médecin aliéniste fonde une maison de santé, ou achète celle d'un de ses confrères ; un médecin fonde ou achète une maison d'hydrothérapie. Il en devient le directeur et le médecin. Rien de plus honnête ; rien de plus légitime. Sa situation est nette et connue. Si l'on s'adresse à lui pour le consulter on sait quelle est sa situation professionnelle. S'il donne au malade qui le consulte le conseil de ne pas suivre le traitement qu'il dirige lui-même, il n'en aura que plus d'autorité aux yeux du public ; on ne pourra pas non plus lui en vouloir s'il insiste pour traiter chez lui le malade qui lui a été amené. Tout autre serait la situation de l'actionnaire, du bailleur de fonds de cette maison spéciale. Celui-ci, s'il fait de la médecine générale ou s'il est médecin consultant, plus recherché pour les maladies mentales ou les maladies nerveuses, se trouvera gêné par la situation relativement occulte que lui crée vis-à-vis du public l'intérêt matériel qui l'attache à tel ou tel établissement. Le public ignorera ou sera tout au moins censé ignorer, s'il conseille tel ou tel établissement, que la prospérité de celui-ci lui fera gagner de plus gros dividendes. Le médecin actionnaire d'un établissement quelconque se trouvera donc, s'il y envoie des malades, dans la situation de celui qui s'abaisserait à toucher des remises chez les fournisseurs de ses clients. Et s'il est scrupuleusement honnête il hésitera avant de conseiller à ceux qui le consultent, le sanatorium ou la maison de santé dont il a provoqué la création, dont il souhaite le succès.

Il y a plus. S'il est professeur ou écrivain, il évitera de prôner cet établissement de préférence à un autre, de crainte que, dans ses cours publics ou ses articles de journaux, ses éloges ne soient pris pour une réclame dûment rémunérée.

Il me semble évident, en effet, que si quelqu'un d'entre nous avait eu un intérêt matériel quelconque à la prospérité du sanatorium de Leysin, à l'inauguration duquel j'ai assisté très volontiers, avec mon ami Ch. Monod, ni les articles que je lui ai consacrés, ni celui que vient de nous donner M. Forgue, n'auraient pu paraître dans la *Gazette hebdomadaire*.

C'est pour ces motifs que je me suis fait une règle absolue de ne jamais souscrire aucune part d'intéressé à un titre quelconque aux fondations qui, si méritantes qu'elles puissent être, ont un caractère industriel et commercial. C'est pourquoi je réponds à tous ceux de mes confrères qui ont bien voulu me demander mon avis à cet égard : « Multipliez en France les sanatoria et les établissements spéciaux destinés à mieux assurer le traitement des maladies tuberculeuses ou des maladies nerveuses ; acceptez la direction de ces établissements si vous vous croyez aptes à réussir dans une tâche aussi difficile, mais constituez un comité directeur d'actionnaires choisis parmi des financiers ou des administrateurs ou parmi des médecins qui ne soient ni des praticiens, ni des écrivains, ni des professeurs. » Ceux-ci, en effet, ne seraient plus libres du jour où leurs intérêts matériels pourraient entrer en conflit avec ce que doit leur dicter l'intérêt des malades qui les consultent ou de la vérité qu'ils ont à défendre par leurs écrits ou par leur enseignement

L. Lereboullet.

(*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie.*)

Monsieur le Directeur,

J'ai lu et relu avec attention, méditant et pesant chaque phrase, l'article de M. Lereboullet, secrétaire général de l'Association des médecins de France, publié dans la *Gazette hebdomadaire*: sous le titre : « *Le médecin et les affaires commerciales.* »

La haute situation professionnelle de notre confrère donne à ses conclusions une portée particulière. Pour tous ceux qui ne s'arrêteront pas à un examen très approfondi de la question, son opinion sera peut être acceptée. Avant que cela ne soit chose faite, je demande la permission de dire pourquoi ma conscience de médecin me dicte un jugement différent du sien.

M. Lereboullet trouve parfaitement honnête et légitime qu'un confrère fonde ou achète une maison de santé et en devienne le directeur et le médecin.

Pourquoi? Parce que la situation est nette et connue du public.

Je n'y vois pas plus d'inconvénient que lui. Cependant, il faut bien constater, qu'en cette circonstance, le côté commercial de la situation se traduit par des chiffres importants, et que ce confrère court vraiment grand risque de se trouver placé entre sa conscience et l'intérêt des malades d'une part, et, d'autre part, ses intérêts matériels très sérieusement mis en jeu. Or, si c'est justement cette occurrence qui inquiète ses scrupules déontologiques, comme il le dit formellement à la fin de l'article, je m'explique mal son opinion, dans l'exemple qu'il choisit.

Mais, voici qu'un groupe nombreux de médecins, trouvant insuffisants les moyens thérapeutiques dont il dispose pour le traitement de ses malades,

réunit ses ressources pécuniaires pour obtenir ce qui lui manque, et, sans se soucier de ce que l'on dira de la rémunération des capitaux engagés (rémunération qui sera d'autant plus faible, que les souscripteurs seront plus nombreux), sans rien laisser ignorer non plus au public, veut mettre à la disposition de celui-ci, des établissements médicaux devenus *indispensables*, et *qu'il n'arrive pas à se procurer autrement, parce que des capitalistes font fi des bénéfices à en retirer*.

Et aussitôt, en face de cette entreprise, où l'argent s'efface, à peu près complètement, devant la préoccupation de remplir un devoir professionnel et social, M. Lereboullet dresse le spectre des suspicions qu'il avait écarté tout à l'heure, et prononce une condamnation déontologique !

Est-ce naturel ?

Je n'hésite pas à répondre non. Et j'en appelle à l'appréciation de tous. Comment donc le jugement d'ordinaire si droit et faisant autorité, du distingué secrétaire de l'Association générale, est-il arrivé à donner prise cette fois à la critique ?

C'est sans doute parceque, dans une cause déontologique, il a choisi pour arbitre, non la conscience du médecin, mais un public spécial, malveillant et incompétent.

Double erreur à notre avis. La déontologie tout entière proteste contre cette méthode.

Chaque jour, en effet, le médecin honnête trouve occasion de se placer entre les indications de l'opinion publique et la voix de sa conscience. N'est-ce pas alors celle-ci qu'il écoute ? N'est-ce pas ce que lui demande la déontologie ? Donc il relève d'abord de sa conscience.

N'ayons pas tant de craintes de le voir sollicité d'un côté par son devoir, de l'autre par ses intérêts matériels, car là encore c'est le premier qui triomphera. S'il fallait en effet tenir pour suspects tous ceux qui se trouvent dans cette alternative, nous serions tous accusables de prolonger les maladies, de multiplier à l'excès les visites, de faire, par esprit de lucre, des opérations inutiles. Il faudrait de même avoir à l'œil, déontologiquement parlant, les médecins qui possèdent tous les établissements médicaux, les 3000 confrères qui font de la pharmacie, et pourraient pousser à la consommation, etc..., tous ceux, en un mot, qui, comme l'universalité du corps médical, vivent de la profession, mais n'en font pas commerce, *parce que la seule conscience le leur interdit.*

Donc, ce juge intime, qui préside à toutes nos pratiques déontologiques, nous semble bien approuver nettement, ces initiatives humanitaires de la corporation, que M. Lereboullet blâme à priori, parce qu'il y est donné petite satisfaction à un légitime intérêt particulier.

Mais allons plus loin.

Si nous consentons, pour un instant, à abaisser la question, en portant le litige devant le public *pris en bloc*, sa sentence ne nous inquiète pas. La part faite, de bon cœur, à quelques vaudevillistes ou à des chroniqueurs broyant du noir, que peuvent répondre des gens à qui vous allez tenir ce langage ?

« La phthisie fauchait vos rangs sans relâche, « nous voulons, nous médecins, diminuer le nom« bre des victimes. Les névroses empoisonnaient « votre vie de famille, l'alcoolisme ruinait santés, « race, fortunes. Dans une large mesure, par nos « établissements, nous combattrons ces fléaux. Les « financiers n'ont pas voulu nous aider dans cette « belle tâche. Nous y consacrerons les ressources « pécuniaires que nous possédons, dans l'espoir « que nos modestes capitaux seront rémunérés « avec quelques bénéfices ; *de ces bénéfices dont les « médecins, peu gâtés, savent se contenter, et qui leur « permettent à peu près de vivre.* Si les capitalistes « continuent de s'abstenir, préférez-vous souffrir « et mourir, plutôt que de nous indemniser des « avances faites et de l'initiative prise, en vue de « vous procurer la guérison ? »

Pour moi, la réponse ne saurait être douteuse. Et, comme conséquence, à quelque point de vue que l'on se place, je n'aperçois pas le médecin amoindri par le rôle qu'il aura joué dans ces entreprises exclusivement médicales.

C'est pourquoi, Monsieur le Directeur, je vous ai demandé de faire figurer, quand même, à l'ordre du jour de l'Assemblée générale du Concours, mon étude de principe, sur la possibilité de la création. par les médecins ou leurs Sociétés, des établissements médicaux spéciaux, sanatoria, gymnases, etc... Nos confrères jugeront.

Veuillez agréer, etc.

Dr JEANNE.

REPORTAGE MÉDICAL

— *Les médecins chanceliers stagiaires en Indo-Chine.* — Par décret en date du 14 septembre 1896, les docteurs en médecine sont compris dans le dernier quart des places de chanceliers stagiaires, dans le personnel européen des résidences de l'Annam, du Tonkin et du Cambodge, qui est attribué aux candidats divers.

Pour être candidat, il faut avoir satisfait à la loi sur le recrutement, n'avoir pas dépassé l'âge de trente ans et avoir subi les épreuves qui seront déterminées par un arrêté ministériel.

Le traitement de chancelier stagiaire est en Europe de 3,000 francs et aux colonies de 6,000 francs. Au point de vue de la pension de retraite, le grade de chancelier stagiaire est assimilé à celui d'aide-commissaire de la marine.

Les chanceliers stagiaires peuvent être nommés ultérieurement chanceliers de résidence, vice-résidents, résidents.

— *Les certificats et l'enregistrement.* — M. le Dr Panas ayant délivré tout récemment sur papier libre un certificat à un malade qui sortait de son service s'était vu menacé des foudres de l'enregistrement et de l'amende de 62 fr. 50 que cette administration tient toujours suspendu sur nos têtes.

Grâce à une vigoureuse protestation de la presse et à l'intervention de M. Cochery, ministre des finances, l'enregistrement a dû suspendre ses prétentions que l'on désignait déjà sous le nom « d'Impôt sur la misère ».

— *L'Association française des médecins et chirurgiens urologistes*, dans sa première séance tenue le 22 octobre, a constitué son bureau comme il suit :

Président : M. le professeur Guyon ;
Vice-Présidents : MM. Monod et Pousson ;
Secrétaire général : M. E. Desnos ;
Trésorier : M. Guiard ; *secrétaires des séances* : MM. Banzet, Michon et Guiard.
Membres du Comité : MM. Albaran ; Chevalier ; Carlier, de Lille ; Eraud, de Lyon ; Estor, de Montpellier ; Vigneron, de Marseille.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4.124. — M. le docteur MARGUEZY, de Neufchatel-en-Bray (Seine-Inférieure), membre de l'Association des médecins de la Seine-Inférieure.

N° 4.125. — M. le docteur ROBERT, de Le Chesnay (Seine-et-Oise), présenté par M. le Directeur.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur LEGRAND, de Paris, membre du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 46 14 Novembre 1896

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

L'intérêt particulier du médecin devant la santé publique.

Depuis une quinzaine d'années, le corps médical français pousse, avec vigueur, à l'organisation des mesures efficaces de protection contre les maladies contagieuses, évitables ; contre les fléaux qui portent atteinte de façon inquiétante à la vitalité nationale : alcoolisme, exploitation de l'industrie nourricière, progrès de la tuberculose, etc., etc..

Tout ce qui a été fait en ces matières est parti de l'initiative médicale. C'est là une constatation que nous ne devons pas manquer de faire nous-mêmes, sous peine d'attendre longtemps, et inutilement peut-être, qu'elle soit faite par d'autres que des médecins.

Pourquoi la feraient-ils d'ailleurs ? Pourquoi s'extasieraient-ils devant notre œuvre en voie de développement ? N'était-ce pas à nous d'entreprendre cette tâche ?

Les médecins remplissent leur devoir, et voilà tout.

Oui, c'est entendu : nous ne faisons que remplir un devoir.

Mais sait-on jusqu'où va notre désintéressement dans la circonstance ?

Quand la mortalité par fièvre typhoïde passe, à Paris, en 1895, au chiffre annuel de 200, après avoir été de 1800 en 1885 ; quand les mesures de désinfection et d'isolement réclamées et contrôlées par nous, diminuent dans une si grande proportion les ravages des maladies contagieuses, quand nous proposons de guérir la moitié des tuberculeux, le tiers des intempérants, et les trois quarts des neurasthéniques et des malades imaginaires, par des traitements rationnels, en des établissements spéciaux, *n'est-il pas évident que nous jetons aux quatre vents, le plus clair de nos revenus de clientèle ?*

Et c'est au moment où l'encombrement professionnel prend les plus inquiétantes proportions, où les collectivités parasites se liguent contre nous, que nous faisons spontanément ce sacrifice au devoir et à l'intérêt général !

Ils n'ont vraiment pas l'air de s'en douter, ces magistrats qui réduisent, à vue de nez, nos notes d'honoraires (même quand ceux-ci ont servi à éclairer la justice) ; ces conseillers généraux ou ces maires qui nous envoient d'interminables listes de concitoyens, à soigner pour 2 fr. par an, et par ordre, et sans nous laisser le droit de protester ; ces députés qui, véritables bureaux de placement à l'égard de leurs électeurs influents, creusent le budget d'abord, et en remplissent les trous, ensuite, par nos patentes privilégiées du tableau D ; ces journaux (même d'opinion avancée) qui mettent à l'index nos Syndicats, avec leurs revendications si modérées et si justes. Nous avons généreusement donné notre or et nos pièces blanches, et tout ce monde s'entend pour nous arracher le billon.

En vérité, je vous l'assure, ils ont l'air de tout ignorer.

Mais, on est stupéfait de rencontrer, parmi ceux qui se livrent, envers nous, à de pareils marchandages, des confrères, des praticiens, qui semblent, à leur entrée dans les corps élus, perdre absolument le souvenir des exploitations, dont ils furent victimes la veille, et couvrent de leurs votes ou de leurs signatures, les exigences des conseils envers les médecins, leurs co-plaignants d'hier, restés aujourd'hui sous le coup des avarices administratives.

Parlez-leur des doléances du Syndicat, rappelez le temps où ils ne siégeaient que dans les assemblées médicales, et luttaient avec nous pour de justes réformes ; où ils demandaient que l'on fît la première place, dans le budget, aux questions d'assistance et d'hygiène, où ils proclamaient la nécessité, pour le médecin, de faire respecter son indépendance et ses intérêts ; vous constaterez avec désespoir que, trop souvent, ces bons sentiments se sont effacés devant l'obsédante et paralysante préoccupation de la réélection.

Ne se décideront-ils pas, enfin, ces hypnotisés du bulletin de vote, à redevenir ce qu'ils auraient toujours dû être, nos défenseurs éclairés, convaincus et ardents ?

Car ils savent, ceux-là, toute l'étendue de notre désintéressement. Quand du haut d'une tribune tomberont sur nous quelques-unes de ces insinuations comme nous en avons entendu, parfois ; quand s'organiseront, contre notre bourse vide, ces misérables machinations d'Harpagons ambitieux, dont l'assistance médicale a été le prétexte, ne les verrons-nous pas un jour bondir avec ensemble et fermer la bouche de nos adversaires, par l'exposé simple et clair de nos sacrifices journaliers, et le contraste frappant de notre désintéressement, avec les habitudes des négociants devenus administrateurs publics ?

Confrères qui légiférez, ici ou là, vous avez une belle tâche à remplir. Quand donc l'entreprendrez-vous sans arrière-pensée ?

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

La névrose cérébro-cardiaque.

D'après M. le Dr *Goubault*, de Bordeaux, la névrose cérébro-cardiaque doit être séparée de la neurasthénie et considérée comme une entité morbide.

Elle reconnaît à peu près les mêmes causes que la neurasthénie. Les excitants (tabac, café, thé) en sont des causes déterminantes fréquemment observées.

Elle se distingue par des caractères bien spéciaux des autres formes de neurasthénie (cérébrale, spinale, cardialgique, etc.), aussi bien que de l'irritation spinale, de l'hystérie, de l'hypochondrie, de l'anémie, du goître exophtalmique fruste.

Le début de la maladie est habituellement brusque, et caractérisé par de l'obnubilation des sens, de l'angoisse précordiale et un malaise inexprimable. Simultanément, ou quelques instants après, apparaissent des vertiges, le malade éprouve une agitation extrême, de la défaillance ou une syncope.

Bientôt l'apaisement se produit, les troubles du début se calment, mais pour reparaître le même jour ou quelques jours après. Les accès se rapprochent, et, au bout de peu de jours, les symptômes deviennent continus. Les moments de recrudescence deviennent parfois périodiques.

La maladie confirmée se caractérise par des symptômes à peu près constants. Les vertiges du début persistent, et à ces vertiges s'ajoutent l'insomnie et une sensation de rêve et d'ivresse.

D'après Krishaber, l'insomnie se rattacherait particulièrement à la forme grave de la maladie, tandis que, dans la forme légère, les nuits seraient calmes ou à peu près calmes. Souvent les malades accusent un sommeil très lourd, ils sont comme narcotisés et tourmentés par des cauchemars très pénibles. « La nature des rêves est très caractéristique ; les impressions tristes dominent. Le malade est obsédé par des apparitions extrêmement pénibles... ; c'est une succession non interrompue d'illusions effrayantes d'une excessive vivacité... ; ses rêves le poursuivent dans l'état de veille et se transforment en hallucinations. » Les visions s'évanouissent, mais le malade reste dans un « vague indéfinissable » ; sa tête est vide, son esprit garde longtemps quelque chose du rêve. Ce vague indéfinissable nous semble un symptôme caractéristi-

FEUILLETON

Troisième aux bacheliers.

Vous vous obstinez à vouloir devenir « médecin de ville », seule manière, dites-vous dans votre langage imagé, de gagner de l'or, sans trop de peine, et de faire votre *trou*.

C'était prévu, puisque, dans mes dernières lettres, je vous disais que ma vieille expérience n'aurait probablement pas raison de vos juvéniles illusions. — Eh bien ! c'est entendu ! vous ne serez pas « médecin de campagne », parce que — vous a-t-on dit avec juste raison — le médecin de campagne connaît trop le besoin, tout en rencontrant quelquefois, il est vrai ! des compensations honorifiques : maire conseiller général, député, sénateur, Vous préférez chercher une situation *sûre* dans la ville, et tout ce que j'ai pu vous dire au sujet de la profession médicale, dans les centres, ne vous arrête point.

Vous me traiterez de rabâcheur, si cela vous fait plaisir, mais je serai aussi têtu que vous, et je viens une dernière fois, après les tableaux précédents, vous donner encore quelques arguments pour vous éloigner de la voie où vous voulez entrer.

Je vous vois tellement séduit par les résultats matériels et les satisfactions morales que vous attendez de la profession médicale, que je juge un dernier effort nécessaire. Vous écouterez encore mes conseils — sans les suivre. Néanmoins soyez persuadé que je suis sincère et n'ai en vue que votre bonheur... *matériel*, — tel que vous l'entendez d'ailleurs, — en vous détournant de la médecine.

Jamais — j'insiste sur ce point — vous ne trouverez dans l'exercice de la médecine, travail lucratif et vie indépendante ; rarement satisfaction et encouragements salutaires. — Votre vie sera une vie de travail (ce point ne vous effraye pas et vous avez raison) sans rien de comparable à la vie de travail de vos semblables.

Vous avez, sans vous en douter, accepté le *mandat impératif* dans toute l'acception du mot, c'est-à-dire que vous êtes sous la dépendance absolue du client.

Pas un instant du jour et de la nuit ne vous appartient, c'est le fait brutal, la triste vérité, et vous subirez le joug inévitable. On vous réveillera dès la pointe du jour, pour être servi le premier ; on vous appellera à l'heure la moins gênante pour... les autres ; chacun vous fixera son heure.

Par un temps à ne pas mettre un chien dehors on vous demandera *de suite* pour un bobo ou une indisposition, le malade sachant très bien qu'il n'est pas gravement atteint. Souvenez-vous du coup suivant : On sait que vous dînez quelquefois le soir ; « Il y a huit jours qu'il est malade, mais on ne peut pas passer la nuit comme ça ! », — et on vient vous quérir *de suite*.

Faites des projets, cherchez à vous échapper, c'est juste à ce moment qu'il faudra suivre un émissaire chargé de vous ramener.

Pas une minute de répit. L'épée de Damoclès n'était pas aussi terrible que la sonnette du médecin. C'est l'imprévu, l'inconnu. C'est ce qui écrase... — Et les difficultés s'accroîtront avec l'âge, avec la concurrence, avec la marche de l'arbitraire, exigent et impérieux socialisme.

Et alors si vous parlez à un architecte — qui veut se réserver deux médecins, un de nuit et un de jour, et qui appelle la nuit un confrère plus voisin de lui que vous son médecin ordinaire — de certains

que. Il existe même, bien des malades dont le sommeil n'a jamais été mauvais.

Les troubles circulatoires sont dominants dans la névrose cérébro-cardiaque. Les palpitations, les lipothymies, les syncopes sont des symptômes constants.

On observe fréquemment des alternances d'accélération et de ralentissement du pouls. L'auscultation du cœur révèle parfois un souffle systolique à la base, même chez les sujets pléthoriques.

Le vertige est un symptôme très fréquent de la maladie. Il y a des hallucinations de la vue, de l'hyperesthésie auditive et sensorielle en général.

Les névralgies sont multiples, névralgies de la tête, de la face, de l'oreille, névralgie sciatique. La douleur la plus intense affecte le cœur et prend, dans les grands accès, la forme de l'angine de poitrine. Lorsque les accès sont atténués, ils se manifestent seulement par une sensation de strangulation.

Les troubles de la respiration sont peu accusés. Ils consistent en dyspnée survenant presque constamment au moment des accès d'angine de poitrine, en toux et en aphonie nerveuses. La glande thyroïde est normale.

Les parésies sont très fréquentes et se traduisent le plus souvent par une lassitude extrême.

On observe, dans les premières semaines, de la névrose cérébro-cardiaque, de l'inappétence et de la constipation. Les fonctions digestives redeviennent bientôt normales, et, au milieu de ses plus violents accès, le malade s'alimente aussi bien que dans l'état de santé. M. Goulauet n'a pas constaté, chez ses malades, la dilatation de l'estomac.

La menstruation ne paraît pas être atteinte de troubles bien sérieux dans la névrose cérébro-cardiaque.

La névrose cérébro-cardiaque se termine constamment par la guérison, et sa durée moyenne est de deux années.

Le traitement qui donne les meilleurs résultats consiste dans l'hydrothérapie, les bromures et les préparations de valériane, après suppression absolue des excitants du système nerveux.

Un nouveau laveur pour irrigations vaginales.

Les injections, telles que la plupart des femmes les font à l'ordinaire, nettoient le vagin et le col de l'utérus ; mais à part cette toilette des premières voies génitales, leur action thérapeutique est le plus souvent illusoire et reste sans effet sur les affections utérines et péri-utérines, pour deux raisons : l'écoulement de l'eau a une durée très courte, et les organes de la région ressentent pendant trop peu de temps les qualités thermiques ou médicamenteuses du liquide ; en outre, dans les conditions habituelles où une femme se donne une injection, les parois vaginales sont-elles toujours complètement distendues de telle sorte que leur surface reçoive en tous ses points le contact du courant ?

Pour obvier à ces inconvénients, M. le Dr *Dalché*, de Paris, a imaginé un laveur très pratique, qui permet de faire durer une injection pendant tout le temps jugé convenable, pendant des heures au besoin et même la journée entière, tout en laissant la malade dans une position commode et nullement fatigante. Cet appareil

---

ennuis de la profession médicale, il vous répondra: Pourquoi ne voudriez-vous pas soigner ma mère, assisté d'un confrère que j'ai appelé la nuit parce qu'il est près de chez moi ? Moi j'accepte bien de travailler à deux, à propos du règlement d'un *mur mitoyen*, et nous nous entendons !...

Quand je manque un pantalon, dit un tailleur, et que le client n'est pas satisfait, qu'il faut recommencer, vous croyez que je suis content ? J'ai les *mêmes* soucis que vous avec vos malades !...

Mon Dieu ! tous ces honnêtes gens, ainsi que l'épicier, le boulanger, le boucher, etc., sont tenus par leurs affaires autant que le médecin peut-être. J'accorde même qu'ils sont tenus toute l'année, à part le vendredi-saint, la Saint-Fiacre et autres saints, mais presque tous quittent le métier et se retirent à l'âge où le médecin commence le sien. — Après 10 ou 15 ans au plus de travail acharné, je n'en disconviens pas, et tout aussi fatigant que le nôtre (physiquement mais pas autrement), le commerçant vend son fonds, après fortune faite, et se repose quand le médecin entre dans sa carrière.

Combien vous envierez leur sort !
Même quand ils travaillent.

Combien vous feront rêver les devantures avec : *fermé dimanches et fêtes* ! Comme vous voudriez aussi fermer votre devanture le soir, pour ne l'ouvrir que le lendemain matin ! — Combien sont douces les heures de liberté tranquilles ! Oh ! si courts qu'ils soient, combien sont précieux les instants de repos ! Être chez soi, en famille, en sécurité, ne penser qu'aux siens, causer à l'aise, sans crainte de l'inattendu, l'esprit dilaté, la tâche faite, à recommencer *demain seulement !...*

Mais rien de tout cela pour vous... n'espérez pas ce repos réparateur si nécessaire. Travail continu : toujours harcelé, toujours à l'ordre ! — La devanture du commerçant est fermée, — personne ne réclame. Vous n'êtes pas présent à toute heure, — on se plaint et on ne vous ménage pas les reproches. Pour un peu on vous invectiverait et on vous traiterait de fainéant. Quels que soient votre âge, votre santé, il vous faut être *là*.

Qui rencontre-t-on par tous les temps, à toute heure, sinon le médecin, toujours soucieux, toujours préoccupé, toujours en lutte contre la maladie, contre la tyrannie des clients, du télégraphe, du téléphone, de l'exprès...?

Et lorsque vous vous plaindrez de votre sort, lorsque vous envierez celui des autres, lorsque vous jalouserez les professeurs, les avocats, les commerçants, les bureaucrates, qui ont leurs dimanches et fêtes, leurs congés, leurs heures de liberté, leurs deux ou trois mois de vacances, vous vous entendrez répondre : « Eh bien ! mais, docteur, vous allez bien ! Il me semble pourtant que vous êtes *toujours* libre !. . » — Eh oui ! libre de rester à l'attache pour soigner ou attendre les clients, ou de s'absenter pour... les manquer.

Et puis, la liberté et les congés que prend le médecin sont-ils comparables, en tant que repos et calme moral, aux douces vacances du professeur, au *far niente* de l'avocat chassant dans la plaine, au bien être de ceux qui mettent la *clef sous la porte* et s'en vont délivrés de tout souci ?

Le médecin prend un remplaçant, parfait ! mais il laisse ses malades, sa maison, son train habituel. Son esprit n'est pas où il est, mais là bas ! chez lui, au milieu de ses malades. Ça marche-t-il ?.... Le remplaçant fera peu d'affaires, qu'importe ? pourvu qu'il n'y ait pas d'histoire...— C'est lui et pas le remplaçant qu'on veut ?... flatteur ! mais pas commode.

se compose d'un anneau élastique, à peu près pareil au pessaire de Dumontpallier, avec cette différence que l'espace central, au lieu d'être vide, se trouve fermé par une mince lame de caoutchouc destinée à oblitérer le conduit vaginal ; c'est donc une surface plane circulaire, un disque, dont les bords sont constitués par un anneau en relief. La lame centrale est percée de deux orifices. Le supérieur reçoit un long tube flexible qui, d'un grand vase auquel il est adapté, amène l'eau dans le vagin ; un robinet sert à régler le débit du courant. L'orifice inférieur communique avec un second tube flexible qui permet à l'eau de s'échapper du vagin et la dirige vers un récipient placé à côté.

La femme étant couchée au lit, on introduit l'appareil comme un anneau de Dumontpallier, et *on a soin de faire passer le tube inférieur ou d'échappement* AU-DESSUS *de la cuisse de la malade ou sur son ventre*, et voici pourquoi : l'eau arrive par l'orifice supérieur ; pour sortir, il faut dans ces conditions qu'elle remonte au-dessus de la cuisse ou du ventre, c'est-à-dire au-dessus du niveau des organes génitaux internes ; elle est donc obligée de remplir et de distendre toute la cavité vaginale comprise entre le disque oblitérateur et les culs-de-sac, puis, cette cavité, une fois pleine, l'eau continue à s'élever dans le tube d'échappement jusqu'au point où il se recourbe. De la sorte, toute la surface du vagin dilaté entre en contact avec le liquide, et c'est un véritable bain à courant ininterrompu que l'on donne à la région. Au moyen du robinet supérieur, on règle le calibre de l'écoulement jusqu'à le rendre très étroit, et de cette manière un bock de 3 litres met une demi-heure à se vider ; on le remplit de nouveau, sans toucher à rien, et cela plusieurs fois de suite, selon que l'irrigation dure une heure, une heure et demie deux heures, etc. Selon les sujets il faut, bien entendu, prendre un appareil plus ou moins large, car un anneau trop petit ou trop grand bascule et le liquide sort par la vulve.

Le vase qui contient l'eau est posé, à l'hôpital, sur la planche située à la tête du lit, c'est-à-dire à 50 centimètres environ au-dessus du niveau du matelas. Si pour augmenter la pression on veut élever ce vase, il ne faut aller que progressivement et avec beaucoup de prudence, car si cette pression devient très puissante, elle provoque des douleurs.

Ainsi, sans aucune fatigue, couchée dans son lit, les jambes étendues et rapprochées dans une position naturelle, la malade reçoit une injection qui coule aussi longtemps que le désire le médecin. En lui-même l'appareil n'est guère plus gênant qu'un pessaire de Dumontpallier, mais il a cependant des inconvénients à signaler : il ne saurait être placé que par des mains expérimentées, et de très gros caillots sanguins, dans le traitement des métrorrhagies, s'engagent parfois dans le tube d'échappement et l'oblitèrent.

Le liquide employé pour les irrigations est presque toujours l'eau chaude, ou de préférence une solution plus ou moins étendue de sels de Salies.

L'eau portée à haute température, 45° à 50°, a des propriétés très bien mises en évidence aujourd'hui et sur lesquelles il devient inutile d'insister. Elle est hémostatique, antiphlogistique et sédative, antiseptique jusqu'à un certain point, anesthésique même (Reclus). Ces qualités répondent à diverses indications dans

---

Et ces préoccupations morales gâtent tellement les heures de loisir, qu'elles fatiguent autant que les tracas journaliers, et que l'on a hâte de rentrer.... Et l'on reprend le collier de misère avant d'avoir fait des provisions de forces nouvelles.

On hésite même souvent à faire une simple absence, au moment où l'on se croit libre, dans la crainte que le plaisir d'une flânerie ne soit troublé par la fatigue des courses forcées à faire en rentrant et n'amène le surmenage. On en arrive à avoir peur de sortir... — Et vous avez pu lire il n'y a pas longtemps encore dans un journal de médecine étranger et les annales « d'hygiène » une chronique démontrant la nécessité, pour le médecin, d'un repos d'au moins un mois, chaque année, sinon il s'expose à une déchéance physique et intellectuelle prématurée. Hélas, oui ! le médecin qui ne prend pas de repos est fini, et la paralysie le guette. J'ai déjà connu, dans ma petite sphère, plusieurs confrères morts de paralysie générale, amenée sûrement par le surmenage.

Y a-t-il une comparaison à faire, à ce sujet, entre la profession de médecin et une autre ?......

Ce qui attend le médecin dans ses rapports avec les clients ? Je vous en ai déjà parlé : il est joué, dupé, exploité, même après une longue expérience des hommes et des choses.

Notez bien que je n'accuse pas le public, que je ne lui adresse même pas de reproches. Le public (les clients) est de bonne foi. Il s'imagine que le médecin est à la disposition de tous, qu'il est créé et mis au monde pour le servir gratuitement — aimablement et rapidement. Il ne croit pas mal faire. Il semble ignorer que le médecin a besoin de vivre, que les nécessités de la vie sont les mêmes pour lui que pour les autres. Le public croit le médecin riche et reste persuadé qu'il l'honore beaucoup en lui demandant une consultation et un service gratuits. — Le riche se trouvera comme par hasard chez un pauvre que vous visitez, et profitera de l'occasion pour vous demander un avis sur son estomac : « Puisque vous êtes-là, docteur, dites-moi donc ?.... » — Ailleurs, votre visite finie, vous vous hâtez de prendre votre chapeau, pour courir plus loin, lorsqu'on vous dira : « Ah ! ce n'est pas fini, docteur, voici un enfant qui a *quelque chose...* » ou bien : « .. si tu profitais de ce que le docteur est là pour bébé, pour lui parler de tes douleurs !... — Ce n'est rien !... mais si, mais si... raconte-lui ça ! » — Et il faut se rasseoir... *content*. Ces gens croient vous faire autant de plaisir que les invités d'une noce à laquelle vous assistez vous demandant une consultation à tour de rôle.

Songez aussi, que si le public attend plusieurs jours pour vous appeler, il n'attend plus dès qu'il vous a appelé. « Il étouffe ! » et on a été chez tous les médecins et vous rencontrerez souvent un confrère qui vous a précédé.

Peu lui importe l'heure au public. Comme si ce n'était pas assez des coliques hépatiques et autres accidents, il viendra la nuit pour une rage de dents, et c'est vous qui ragerez le plus... L'impatience du public dans le cas urgent est indescriptible. Ce bon public qu'un bureaucrate ou une administration mènent comme bon leur semble, est patient avec tous, *excepté avec vous*. Il vous en donnera une preuve la nuit en tirant votre sonnette coup sur coup, sans vous laisser le temps d'ouvrir les yeux. — Une chose singulière (dont le médecin peut faire son profit) c'est qu'en général l'*absence* est pardonnée par le public qui ne pardonnera jamais au médecin *malade* et ne pouvant répondre à l'appel.

le cours des maladies utérines énumérées un peu plus loin.

Mais un autre résultat de l'irrigation, très utile et très important, c'est une sorte de massage mécanique vaginal et périutérin.

Les hémorrhagies actives et surtout les métrorrhagies passives des cardiaques, les salpingites au début, les métrites et périmétrites sont heureusement influencées et souvent même guéries par ce procédé d'irrigations chaudes continues.

Un sanatorium pour les tuberculeux.

A propos de notre dernier article sur « Un sanatorium pour tuberculeux », page 532 du *Concours médical*, nous avons omis, par une circonstance tout à fait indépendante de notre volonté, de placer entre guillemets et de citer le nom du Dr Samuel Bernheim qui en est l'auteur, les trois derniers paragraphes de notre première partie, depuis : « On obtient l'endurcissement...» jusqu'à la fin de la 1re partie, qui se termine par ces mots : « un endurcissement suffi sant ».

Nous sommes heureux de constater que notre article a provoqué quelques communications intéressantes, entr'autres les détails suivants que le Docteur S. Bernheim nous a précisément adressés :

« Il n'y a pas, nous dit M. Bernheim, que des projets de sanatoria en France, il y aura bientôt quelques exécutions complètes ; un premier Etablissement situé sur le mont Bonmorin (Puy-de-Dôme) ouvrira ses portes aux tuberculeux le 1er mai 1897, c'est-à-dire dans peu de mois. Un 2me sanatorium sis sur le mont Pacanaglia, à 7 kilomètres de Nice, sera inauguré en octobre de la même année. Enfin nous sommes en train de créer un 3me établissement dans l'Aveyron. Vous voyez donc que nous répondons complètement aux vœux que vous exprimez.

« Je suis bien d'accord avec vous, continue M. Bernheim, en ce qui concerne l'indifférence profonde de nos confrères dans les entreprises médicales. Cette indifférence est bien encouragée par certains esprits..... Lors de la 1re émission, j'ai obligé la Société des Sanatoria d'accorder des faveurs particulières aux praticiens. A peine trois cents d'entre eux ont répondu à notre appel et se sont intéressés à notre œuvre. Sur mon intervention réitérée, le Syndicat financier, qui a couvert en grande partie cette émission, s'est engagé à rétrocéder, même après la constitution de la Société, un petit nombre d'actions au corps médical français. C'est à nos confrères d'en profiter, car comme vous le dites fort justement, « ce sera un bon et honnête placement qui nous rapportera à tous et dont les malades bénéficieront ».

FORMULAIRE

Pityriasis versicolor. — Friction d'odeur agréable, pour l'usage aristocratique, faisant disparaître rapidement les plaques de *pityriasis versicolor.*

Alcoolat de lavande...........	120
Sublimé........................	1
Huile de lavande.............	4
Savon vert.....................	80

(Laisser appliqué le liquide sur la peau, sans l'essuyer, et prendre un grand bain trois jours après la lotion. Tout est fini alors.)

C'est pourquoi vous ferez beaucoup plus de kilomètres que de visites. Le commerçant prend son temps peur une affaire qui lui rapporte ou lui rapportera : il se dérange pour *quelque chose.* Pour trois francs, et souvent pour rien, le médecin perd bien davantage de temps. Combien, pour si peu, feraient le soir ou la nuit, ce que le médecin fait, fatigué et demandant du repos ?

Et il ne faut pas se fâcher avec les clients, il ne faut pas leur tenir trop de rigueur ! On aurait tout à perdre à cette manière de faire. La mauvaise humeur ne sied pas et ne sert pas, il faut souvent savoir laisser dire et laisser faire. La plupart du temps les clients reviennent et reconnaissent leur erreur, si on n'a pas créé une situation irréparable. — Même quand ils vont *ailleurs,* fermez les yeux. Le client s'imagine souvent que vous l'ignorez, et après avoir échoué n'importe où, il vous revient *sincèrement,* et vous l'attachez, tandis que si vous le traitez comme il le mérite, il est à jamais perdu pour vous.

Mais je donne des conseils comme si vous étiez déjà des nôtres... Que vous dirais-je encore des agréments professionnels ? — Certains clients se plaindront que vous faites trop de visites d'autres pas assez. — Vous recevrez des lettres vous disant que si on n'avait pas changé, le malade serait mort ; elles sont quelquefois inspirées par le confrère qui vous a « soufflé » le malade. — Vous verrez la foule, même et surtout les gens soi-disant intelligents, aller au premier charlatan ou rebouteur venu, aux oracles de la 4e page des journaux, en qui elle aura plus de confiance qu'en vous, attirée par le prétendu bon marché. — Le public si sot (le professeur Lorain avait coutume de dire qu'à propos de médecine, depuis le paysan le plus arriéré jusqu'au Pape, en passant par les ministres, tous étaient aussi ignorants les uns que les autres), vous exaltera pour un membre *remboîté* ou un coup de bistouri *réussi,* et vous dénigrera pour avoir laissé mourir un chronique. — Des confrères sans scrupules, se jetant sur les malades comme sur une proie, demanderont vos charges, et pleins de haine basse et jalouse, organiseront avec les mécontents (il y en a partout et toujours) des pétitions contre vous. Ils répareront (heureusement !) les doigts atteints de panaris avec nécrose, que vous avez incisés *trop tard,* car vous n'êtes pas chirurgien. — Des fournisseurs vous rendant un service minime, vous croiront très heureux de les soigner *à vie.* Leur facture sera *salée,* ils vous serviront le plus mal possible.

Vous rappellerai-je les hostilités sourdes et injustifiables, les rancunes inexplicables des clients — l'air arrogant, impérieux, autoritaire et menaçant des sociétaires et des indigents ? — les indigents aristos qui vous feront l'honneur d'être malades et de vous déranger pour un rien ? — ceux-là et d'autres encore, qui savent si bien dire : un tel a fait une chute !... il est à l'agonie ! « il doit être mort ! » — ou « il vomit le sang ! venez de suite !.. » ou autres « mensonges » pour vous faire marcher plus vite ? — Vous courez, suez, trouvez un petit mal de gorge, ou un insignifiant malaise ! — On vous dira aussi que vous soignez mieux les millionnaires que les sociétaires ; que si vous peinez avec l'un, vous vous rattrapez avec les autres, car la Société vous paye bien l'un dans l'autre !... Vos services sont un *dû.*

Cette lutte bête, énervante avec de méchants imbéciles qui font souvent au médecin un crime de sa droiture, démoralise... Alors, à la longue on de-

Urticaire. — Solution contre le *prurit de l'urticaire.*

Eau distillée..................	460
Eau de laurier cerise.........	50
Chloral......................	5
Chlorydrate de cocaïne......	9

(*Province médicale.*)

CHIRURGIE PRATIQUE

Du phlegmon sub-lingual dit « angine de Ludwig ».

Parmi tous les phlegmons du cou, le phlegmon sub-lingual intéresse vivement le praticien par sa marche, quelquefois très grave, qui nécessite un diagnostic prompt et une thérapeutique sévère et rapide.

C'est en 1836 que Ludwig appela l'attention sur cette affection en publiant la 1[re] observation connue, observation que nous reproduisons tout au long et que l'on trouve dans la *Gazette médicale de Paris* de cette même année.

« Madame N., d'une bonne constitution et d'une santé jusqu'alors toujours florissante, eut, vers la fin de décembre 1835, à la région cervicale gauche, près de la glande sous-maxillaire, une tumeur qui, au bout de 4 jours, avait atteint le volume d'un œuf de poule. Elle était très dure, à bords tranchés, médiocrement sensible au toucher, immobile et comme adhérente au bord de la mâchoire. La peau qui la recouvrait n'était point rouge. La malade attribuait le développement de cette grosseur à des refroidissements répétés.

Le lendemain, 5[e] jour de la maladie, la tumeur qui avait été frictionnée avec un onguent composé de liniment volatil et d'onguent mercuriel, au lieu de diminuer, s'était au contraire étendue jusqu'à l'angle de la mâchoire inférieure et en bas jusqu'au bord de l'os hyoïde où elle était devenue plus saillante. L'ouverture de la bouche était un peu gênée. Le docteur Ludwig reconnut bientôt la véritable nature du mal ; il conseille le lit et fit appliquer 6 sangsues sur la tumeur, qu'on recouvrit ensuite de sachets de son chauffé.

Le 6[e] jour, la tumeur, dont les bords sont toujours durs et tranchés s'avance vers le menton ; la muqueuse pharyngienne présente une couleur érysipélateuse, la déglutition est difficile ; la paroi inférieure de la bouche se gonfle, devient rouge et présente tout le long du bord inférieur de l'os maxillaire inférieur un gonflement et une dureté caractéristiques. Fièvre intense, soif, enduit blanc jaunâtre de la langue ; sueurs, urines et selles naturelles. (Chaleur sèche sur la tumeur, vésicatoire à la nuque ; gargarisme à l'eau de guimauve miellée ; à l'intérieur : tartre émétique, acétate de potasse et vin d'antimoine.)

Du 7[e] au 9[e] jour le mal local s'accroît dans toutes les directions, la tumeur s'étend à gauche jusqu'à la glande parotide, à droite jusqu'au delà de la sous-maxillaire de ce côté, sans que ces organes eux-mêmes soient tuméfiés. En bas elle dépasse le larynx qu'on ne retrouve plus, et elle fait en dehors une saillie considérable. La paroi inférieure de la bouche est d'un rouge foncé et le bourrelet calleux, qui contourne inférieurement l'os maxillaire, a repoussé la langue en haut et en arrière ; celle-ci se meut avec peine dans la cavité buccale. La difficulté de la déglutition a augmenté ; la voix est altérée et a un son croupal ; l'ouverture de la bouche permet à peine l'introduction d'un doigt. A partir du 7[e] jour les signes d'inflammation de la muqueuse pharyngienne avaient presqu'entièrement cessé, mais il s'était formé une sécrétion abondante de mucus dans le gosier. Fièvre vive, continue ; sommeil interrompu ; rêves effrayants ; soubresauts de tendons ; face rouge, yeux saillants, soif intense. Des frictions faites avec deux parties d'huile de croton et une partie d'huile d'amande douce, ainsi que des cataplasmes émollients, ont produit sur la tumeur et les parties environnantes un éry-

---

vient rude et méfiant, et la dose de philosophie que l'on possède, si forte soit-elle, n'est pas toujours suffisante pour neutraliser ces coups d'épingle répétés.

A quoi bon vous parler des mauvais payeurs qui menacent du maire, du commissaire, de vous faire du tort, parce que vous n'avez pas voulu vous déranger, pour eux, la nuit, lorsque vous n'étiez pas chez vous ?...

Et puis, quoique cela répugne à votre honnêteté, vous serez peut-être tenté de faire comme les jeunes, — de vacciner, d'inoculer, d'injecter, d'instrumenter à tout propos, d'aggraver le pronostic, de voir des microbes partout, — de serumthérapiser toutes les angines, les faux-croups, les laryngites, les maladies infectieuses. Loin de moi la pensée de médire du microscope et des admirables découvertes modernes, mais il y a des bornes à tout. Au lieu de suivre l'emballement, l'engouement des jeunes criant à tue-tête : « En avant les sérums ! vive Marmoreck !... » Vous ferez bien de mettre un peu plus de calme et de pondération dans vos paroles et vos actes. Vous ferez en sorte de ne pas être accusé de *vous y retrouver*, de faire mousser la visite, de soigner surtout vos intérêts.

Est-ce bien utile de vous parler des dangers de la profession ? Vous les connaissez, et ce n'est point cela qui vous arrêtera, car vous êtes courageux.

Pourtant combien de catastrophes ! Quel martyrologe ! Mais les approches, les contacts de malades contagieux, les épidémies, ne comptent pas pour un médecin. Les agressions de fous, d'alcooliques ou autres délirants, de gens jaloux et vindicatifs, le coup du père François la nuit, vous si souvent le passant rare et attardé, vous feront tenir sur vos gardes. Je ne compte pas d'autres dangers, ceux des certificats délivrés par surprise à des clients de mauvaise foi ou à des hommes d'affaires véreux, qui sauront surprendre votre naïve honnêteté. Je n'insiste pas sur ce point, quoique vous rencontrerez des agents d'affaires, soi-disant journalistes, officiers d'Académie même, qui chercheront à vous faire rectifier vos propres constatations médicales, afin d'augmenter leurs honoraires, tout en vous demandant de marquer sur la note des frais de visites supplémentaires...

Si la profession est telle dans les villes, quand elle y fait vivre le médecin ; si elle est si peu encourageante, si pénible, si dure ; si elle accapare et épuise son homme, vous êtes excusable de ne pas vouloir être médecin de campagne, parce qu'à toutes les servitudes, les déboires, les tracas dont je viens de vous parler, viendront s'ajouter les préoccupations, les soucis du pain quotidien, la gêne et souvent la misère noire... Mais vous le savez déjà !..

Je m'arrête et coupe court à ma série de récriminations contre la profession médicale...

Afin que vous ne puissiez me traiter de noir misanthrope, de futur paralytique général, de délirant, je vous ferai prochainement l'apologie de la profession médicale. Vous pèserez le pour et le contre. Vous jugerez en connaissance de cause ayant toutes les pièces du procès en mains. — Eclairé comme vous le serez alors, vous pourrez ensuite opter pour la carrière.

L'avenir seul vous dira ensuite, lequel, de votre jugement ou du mien, est le meilleur.

Un ami de la jeunesse.

1[er] septembre 1896.

thème très intense et très douloureux, ainsi qu'une éruption de forme miliaire. Comme la tumeur menace de passer à l'état de gangrène, on applique 15 sangsues et un cataplasme émollient ; on augmente la suppuration du vésicatoire à la nuque, et on place sur le milieu de la tumeur un morceau de pierre infernale de la grandeur d'une pièce de cinq francs. A l'intérieur tartre stibié et ipéca, etc.

Dixième jour. Vomissements et selles bilieuses, fièvre et soif diminuées, langue moins blanche, le caustique a produit une large eschare ; l'éruption produite par l'huile de croton est des plus vives ; le mal local n'a point augmenté; il y a même moins de difficulté dans la déglutition.

A partir de ce jour la tumeur et la fièvre diminuent lentement; la bouche s'ouvre plus facilement, la rougeur de sa paroi inférieure diminue, le rebord, calleux le long du côté interne du maxillaire, se ramollit d'arrière en avant, plus tard la tumeur a entièrement quitté le côté droit du cou, et ne s'étend plus qu'au menton ; on observe qu'elle suit en diminuant la même marche que dans son développement.

La résolution se fait graduellement, de manière que partout ses bords durs et tranchants restent en contact immédiat avec les portions redevenues saines.

Trois semaines après le commencement de la maladie, Madame N. avait repris toutes ses forces, il existait encore quelques vestiges de tumeur qui n'ont pas tardé à disparaître ».

Telle est l'observation de Ludwig, la première publiée et qui a valu à son auteur le mérite de donner son nom à cette affection. Mais Camerer, l'auteur de ce titre, eût mieux fait de lui donner le nom plus rationnel de *phlegmon sub-lingual*, ainsi qu'une discussion récente à la *Société de chirurgie* l'a décidé, car le terme d'angine prête inutilement à la confusion. A côté de l'observation de Ludwig, nous pourrions en citer de nombreuses n'en différant en général que par la marche quelquefois *foudroyante*, qui a fait considérer cette affection comme très sérieuse.

De tous ces travaux publiés et des observations il résulte, en résumé, que l'angine de Ludwig est un *phlegmon développé à la suite de l'introduction d'un agent infectieux dans les mailles du tissu cellulaire qui entoure les glandes sublinguales*, et plus exactement *dans cet espace* qu'ont décrit le Pr Tillaux sous le nom de *portion sublinguale* du *plancher de la bouche* et M. Sebileau sous celui de *département sus-mylo-hyoïdien*. Cette région a la forme d'une pyramide triangulaire à base supérieure correspondant à la muqueuse du plancher de la bouche, dont le côté interne est formé par le genio-hyoïdien et le génio-glosse, et le côté externe par le mylo-hyoïdien et la face interne du maxillaire. Dans cet espace se trouvent les glandes sublinguales, du tissu cellulaire et des ganglions lymphatiques, l'artère sublinguale, le nerf lingual et le canal de Wharton.

C'est donc dans cette région que va se collecter le pus ainsi que le prouve : 1° la difficulté extrême que l'opérateur éprouve pour trouver le pus, qui ne s'échappe que lorsque le *mylo-hyoïdien* a été perforé ou récliné ; 2° la saillie que forme sur le plancher buccal la collection purulente qui repousse la langue en haut et en arrière.

Les causes du phlegmon sub-lingual sont mieux connues depuis que les recherches microbiologiques ont permis de trouver les agents directs de la suppuration et leur porte d'entrée. On l'observe à tout âge, chez des enfants de quelques mois comme chez les vieillards, il n'en est pas moins vrai qu'il est plus fréquent entre 20 et 30 ans. Les hommes sont plus souvent atteints que les femmes.

On a trouvé dans le pus des microcoques divers, le staphylocoque, le streptocoque, le pneumocoque (observation de Macaigne et Vanverts, juillet 1896). Ces germes proviennent de la cavité buccale ; les lésions de la muqueuse qui leur livrent passage consistent en ulcérations consécutives à des altérations dentaires (évolution vicieuse de la dent de sagesse, carie dentaire, périostite alvéolo-dentaire, etc.), ou en érosions qui accompagnent les angines et les amygdalites.

A côté de ces causes déterminantes, on a fait jouer un certain rôle à des causes prédisposantes, telles que le froid. Bien plus fréquemment, sans doute, le défaut de soins antiseptiques de la cavité buccale doit-il être recherché.

Mais comment expliquer la différence de gravité qui sépare les différents cas publiés ? Est-ce la nature du microbe? ou bien doit-on incriminer chez certains sujets une tare, une déchéance organique, telle que l'obésité, le diabète, d'ailleurs souvent notés?

Mais tous les malades, qui meurent plus ou moins rapidement du phlegmon sub-lingual ne sont pas forcément des tarés, et MM. Macaigne et Vanverts trouvent la raison de la gravité de quelques cas dans la *virulence des microbes* et surtout *dans leurs associations*.

De nombreux travaux ont prouvé, dans ces derniers temps, combien la septicité d'un agent microbien quelconque, notamment celle du streptocoque, était exaltée par l'adjonction d'autres microbes.

C'est ce qui se passe pour le phlegmon sub-lingual qui cesse alors (comme dans certains cas l'érysipèle), d'être une affection locale pour devenir une maladie générale, une véritable *septicémie*. Il est certain que cette infection générale peut guérir ; mais elle emporte souvent le sujet, surtout s'il est taré ou si un de ses organes, foie ou *rein* surtout, fonctionne mal.

C'est là la vraie raison pathogénique de la mort rapide dans le phlegmon sub-lingual quelquefois même avant la production du pus, dès les premières heures.

Quand le pus est collecté, si la mort ne survient pas par asphyxie, ce qui est d'ailleurs rare, elle survient toujours par empoisonnement avec gangrène locale : dans ces cas, suivant MM. Macaigne et Vanverts, l'issue fatale est due à la « *toxhémie* », c'est-à-dire à l'empoisonnement par les produits microbiens sécrétés, car alors on retrouve fort peu ou point de microbes dans les cultures.

Il semble donc que l'histoire du phlegmon sublingual se dessine aujourd'hui, grâce aux récents travaux, avec assez de netteté pour que nul ne soit autorisé à n'en soupçonner ni l'existence, ni la gravité.

Les signes sont d'ailleurs faciles à retenir. Etudions donc la symptomatologie et le diagnostic.

Voici ce qu'on observe le plus souvent : Un malade, souvent sans phénomènes prémonitoires, souffrant depuis quelques jours des dents ou d'une angine légère, se réveille un matin constatant que son cou présente une légère tuméfaction sensible à sa partie supéro-antérieure, au-dessous et le long du maxillaire inférieur. Il éprouve des frissons, de la céphalalgie, avec un état de malaise qui ne fait que s'accroître, en même temps que le gonflement augmente, ainsi que la douleur.

Bientôt la déglutition et la respiration deviennent gênées, puis pénibles. Vingt-quatre heures, le plus souvent quarante-huit heures se sont écoulées ; ce n'est donc en général que le 3e jour au matin que le médecin est appelé à examiner son malade.

Il se présente la tête droite ou un peu en arrière, ou inclinée à droite ou à gauche; il ne peut fléchir, ni étendre, ni tourner beaucoup la tête. La région sus-hyoïdienne gonflée, soit dans sa totalité, soit dans une de ses parties latérales, a notablement augmenté de volume et fait une saillie qui s'étend du bord inférieur du maxillaire à l'os hyoïde et qui latéralement dépasse l'angle du maxillaire. La peau est saine, glissant sur les plans superficiels, ce qui indique déjà bien que la lésion est profonde. Cependant, il arrive que l'on trouve un plan

rosé ou rouge, parsemé même de petites plaques noirâtres destinées à se sphacéler.

Au palper, on sent une induration profonde, douloureuse, se limitant assez facilement ; sa consistance est dure, ligneuse ; on n'y trouve en général aucun point ramolli ; si le doigt laisse parfois son empreinte, c'est qu'il existe de l'œdème superficiel qui gagne plus ou moins sur la région sus-hyoïdienne de l'autre côté. Quant à la fluctuation, il est dans l'immense majorité des cas impossible de la déceler.

Il est souvent difficile de faire ouvrir la bouche au patient. Si on y parvient on constate que la *langue est soulevée*, portée en haut et en arrière par le plancher de la bouche déformée, tuméfié lui-même par une induration qui forme derrière l'arcade dentaire inférieure un *bourrelet* dur « dans lequel les dents marquent quelquefois leur empreinte ». La muqueuse du plancher est rouge, violacée, et est recouverte d'une salive visqueuse, ordinairement fétide, qui s'écoule incessamment. En général, les dents sont très malpropres.

Différentes fonctions sont entravées : la respiration est gênée, la dyspnée constante peut être coupée de crises de suffocation et de menaces d'asphyxie nécessitant la trachéotomie. La parole et la mastication sont difficiles ; la déglutition extrêmement pénible. Il n'est pas rare de noter de la contracture des masséters entraînant un certain degré de constriction des mâchoires.

Ces signes locaux s'accompagnent d'un état général grave. La fièvre est vive, oscillant entre 38 et 40° ou 41° ; le pouls fréquent ; on note du délire, des soubresauts de tendons, de l'albuminurie, en un mot tout le cortège des états typhoïdes.

Abandonné à lui-même le phlegmon sub-lingual n'évolue pas vers la résolution dans l'immense majorité des cas ; très rarement la guérison surviendra par l'issue du pus au dehors ou à travers le plancher buccal ; la terminaison la plus fréquente, sans intervention, est la mort soit par œdème de la glotte, soit par septicémie quelquefois lente, le plus souvent rapide, et alors par une syncope subite.

Nous avons tracé le tableau clinique le plus fréquent.

C'est la *forme phlegmoneuse franche*.

Mais il existe des cas plus atténués ou plus graves, si bien qu'on a pu décrire une autre variété : dite *septico-gangréneuse*, avec fièvre élevée, frissons, facies terreux, etc., et phénomènes locaux très accentués. Dans cette variété, M. Nélaton (in *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1892) a pu admettre deux formes :

1° La *forme gangréneuse*, d'une durée de 10 à 12 jours, avec sphacèle, soit de toute la région jusqu'à la peau, soit profond seulement, et que le bistouri met à jour.

2° La *forme septicémique* dite « *septicémie suraiguë de la bouche* » dans laquelle on ne trouve localement qu'un œdème phlegmoneux avec *sanie fétide gazeuse* qui ne s'écoule même pas à l'ouverture. La septicémie entraîne la mort en deux ou trois jours, et même quelquefois en 24 heures.

Le pronostic, variable comme toujours, est donc extrêmement sérieux, grave même et commande une intervention précoce. Dans le cas ou après l'intervention la guérison doit se produire, et c'est le plus fréquemment ce qui arrive, on voit peu à peu tous les phénomènes s'amender rapidement, en quelques heures, la fièvre tomber, les signes locaux et généraux s'atténuer, et la guérison arrive à grands pas. L'induration ligneuse persiste assez longtemps le long du maxillaire, permettant quelquefois rétrospectivement un diagnostic.

Celui-ci s'imposait dans la plupart des observations connues. Les seules affections auxquelles on aurait pu songer étaient *l'ostéo-périostite*, *l'adéno-phlegmon sous-maxillaire*, l'hygroma de la *bourse de Fleischman*. Mais dans l'ostéo-périostite du maxillaire inférieur le gonflement ne gagne pas la région sous-maxillaire, l'os n'est pas libre, mais épaissi par les différentes couches de tissus qui l'enveloppent et lui adhérent.

Dans l'adéno-phlegmon sous-maxillaire, on trouve surtout au début, des petites tumeurs arrondies et douloureuses, indépendantes, au lieu de la masse nettement unique et d'emblée constituée du phlegmon sub-ingual. Dans l'hygroma de la bourse de Fleischman tout se passe surtout du côté du plancher buccal, surtout sur la ligne médiane, et une ponction donne un liquide visqueux non purulent.

On n'hésitera donc pas à porter le diagnostic de phlegmons sub-lingual en présence des signes principaux que nous résumons :

1° Gonflement ligneux, squirrheux de toute la région sus-hyoïdienne.

2° Soulèvement du plancher buccal et de la langue ;

3° Dyspnée grave ;

4° État général infectieux ;

5° Présence d'un bourrelet dur à la face interne de l'arcade dentaire inférieure, signe pathognomonique pour M. Delorme.

Quel est le traitement ? — Il est banal aujourd'hui de répéter qu'il faut assurer l'antisepsie de la bouche journellement : c'est là un vrai traitement prophylactique de l'affection qui nous occupe.

A l'état sain beaucoup de sujets ne s'occupent pas de la propreté de la cavité buccale, surtout dans certaines classes de la Société ; mais chez les malades, chez les sujets offrant une porte d'entrée quelconque au niveau de la muqueuse bucco-pharyngienne, le médecin ne saurait trop veiller au nettoyage antiseptique de la bouche, immense nid à microbes et à saprophytes.

Le traitement curatif est l'intervention chirurgicale *précoce*. Il ne faut pas attendre en s'armant de moyens médicaux dangereux parce qu'ils font perdre du temps. L'incision ne doit pas être pratiquée par le plancher de la bouche parce qu'il sera difficile de veiller à la désinfection de la plaie à supposer qu'on puisse ouvrir facilement la bouche du sujet, ce qui est rare.

Après l'antisepsie préalable habituelle, on fera donc une incision sus-hyoïdienne qui n'offre aucun danger, malgré sa profondeur.

Si le phlegmon est bilatéral il faut pratiquer une incision médiane de la symphyse mentonnière à l'os hyoïde. Arrivé sur la ligne blanche, point d'entrecroisement des fibres du *mylo-hyoïdien* on dissocie ce muscle avec la *sonde cannelée*, et à travers lui on va dans la loge sublinguale, d'où le doigt en écartant les lèvres de la plaie, va faciliter la sortie du pus, souvent peu abondant.

Dans le cas d'un phlegmon unilatéral il faut pratiquer une incision latérale, parallèle au bord inférieur de la bouche du maxillaire, et à *un travers de doigt* de ce bord.

Arrivé sur les fibres rouges du mylo-hyoïdien, premier plan musculaire que le bistouri rencontre, il faut prendre la sonde cannelée et dissocier les fibres de ce muscle, passer au travers de lui, pour donner issue au pus de la loge placée derrière lui.

Plaçant alors le sujet la tête en bas, on fait un lavage avec un ou deux gros drains qui vont au fond de la plaie. Il suffit d'employer de l'eau bouillie très chaude, ou une solution d'eau boriquée. On drainera soit avec une mèche de gaze iodoformée ou salolée, soit avec un drain en caoutchouc. — Pansement à la gaze antiseptique. — On fera un pansement soit le jour suivant, soit seulement 48 heures après, suivant la quantité du pus, ou la perfection du drainage, ce qu'il sera facile d'apprécier par l'énucléation rapide générale et locale du sujet.

On songera à l'antisepsie buccale rigoureuse.

Il faudra soutenir les forces du malade par des potions de Todd, des boissons alcoolisées, et des préparations de quinquina.

Il nous paraît intéressant de terminer cette

étude par la publication en détail d'une des observations de M. Delorme, du Val-de-Grâce, qui en 1893 avait obtenu 7 succès sur 7 interventions, suivant les préceptes précédents. Cette observation s'opposera avec intérêt à l'originale de Ludwig :

« Un garde de Paris, malade depuis 4 jours, entre dans le service de M. Delorme, au Val-de-Grâce.

Sans cause connue il avait été pris d'un mouvement fébrile intense (39° le soir) accompagné d'un gonflement sus-hyoïdien unilatéral.

A ce moment on constata un gonflement squirrheux considérable de la région sous-maxillaire avec rougeur de la peau, sans fluctuation nette et œdème de la face ; la sensation de refoulement de la langue, la salivation abondante, la gêne considérable de la déglutition et, par-dessus tout, la constatation du *bourrelet muqueux* dur, violacé, que l'on pouvait voir à travers le faible écartement des arcades dentaires, firent porter le diagnostic du phlegmon sublingual.

Une incision pratiquée au niveau de la loge sous-maxillaire ne donna issue à aucun liquide, et *pour trouver le pus il fallut inciser le mylo-hyoïdien*. La section de ce muscle fit sortir une quantité notable de pus bien lié, dans lequel M. Maubrac reconnut la présence du staphylocoque doré. Dans ce cas, aussi avec le doigt, il constata la présence d'une communication large avec la bouche. Lavages antiseptiques souvent renouvelés.

Soulagement immédiat. Guérison rapide. Le bourrelet remplissant le sillon gingivo-lingual peut être constaté pendant plus de 3 semaines après la guérison de la plaie.

Un point encore à relever : à partir du moment où ce malade commença à manger, il éprouva une faim et une soif insolites ; l'examen des urines démontra la présence journalière de plus de 60 grammes de sucre. Or, avant l'entrée du malade dans le service, il n'avait pas présenté les symptômes de diabète. »

A. Pascal,
Interne des hôpitaux de Paris.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat des médecins de l'arrondissement de Caen.

(10 *octobre* 1896.)

Présents : MM. Barette, *Président*; Collet, Duvivier, Vigot, Quermonne, Noury, Fayel, Osmont, Gourdier.

Excusés : MM. Hauttement, Tessel, Chotard, Fernagut.

M. le Président Barette ouvre la séance et prononce les paroles suivantes :

Messieurs, je constate encore une fois que beaucoup de nos collègues du Syndicat ont oublié de répondre à notre convocation. Cependant, à une époque où tous, plus ou moins, se plaignent de l'incurie qui règne dans le corps médical au sujet de nos intérêts professionnels, il serait bon que tous ceux qui, en se syndiquant, se sont engagés à les défendre, prennent part à nos discussions, quand même ce déplacement minime leur causerait quelques préjudices, certainement compensés par l'utilité de la discussion et de l'examen en commun des questions qui nous intéressent. Le corps médical belge nous donne un bel exemple de solidarité, car, dans un pays où, en 1895, il n'y avait encore aucun syndicat, aujourd'hui presque tous les médecins ont formé des cercles professionnels, et à Bruxelles même, 450 médecins sont syndiqués. Qu'on se rappelle que l'union fait la force dans notre profession comme dans toutes les autres.

Délégué à l'Union.

M. Barette, président, est chargé de représenter le Syndicat à l'assemblée Générale de l'Union, le 23 novembre.

Il est chargé d'appuyer le vœu déjà exprimé par le Syndicat des Médecins de la Seine sous cette forme :

1° Que la patente des médecins, actuellement fixée au quinzième de la valeur locative, soit dorénavant fixée d'après la valeur des locaux servant à l'exercice de la profession, en excluant les pièces destinées au logement des femmes et des enfants ; il est injuste d'imposer d'autant plus lourdement celui qui a d'autant plus de charges que sa famille est plus nombreuse.

2° Comme conséquence, le médecin qui a plusieurs domiciles ne sera soumis à la patente que pour le ou les domiciles où il exerce ; l'enregistrement du diplome donnant seul le droit d'exercer, la double patente ne sera plus imposée à celui qui déclare et prouve ne pas exercer dans chacun de ces domiciles.

3° Les chevaux et voitures servant à l'exercice de la profession seront considérés comme instruments de travail et non de luxe.

Exercice illégal.

Le président rappelle que dans le courant de cette année le Syndicat a obtenu un succès près du tribunal de Falaise. Mais qu'est-ce qu'un cas isolé devant les faits d'exercice illégal, préjudiciables aussi bien à la santé publique qu'à la profession médicale ? Déjà un certain nombre de syndicats, d'accord avec les parquets de plusieurs arrondissements, ont pris le parti de dresser la liste de toutes les personnes qui exercent habituellement et illégalement la médecine dans leur région et de déposer ces listes au parquet de l'arrondissement. Il serait bon dans notre région, pour le commencement de l'année prochaine, de recueillir tous les faits d'exercice illégal commis par des pharmaciens.

Le dossier de ces infractions devrait être réuni chaque année et soumis à l'Association des pharmaciens du département.

M. Barette continue : Je dois vous soumettre un *second vœu* qu'il serait utile d'adresser à l'Union des Syndicats. Vous savez tous quels préjudices vous causent les bandagistes fixes ou nomades, et surtout combien souvent les applications d'appareils qu'ils font sans le contrôle ou le conseil d'aucun médecin, sont défectueuses et même absolument inutiles. Nous désirons que l'on mette à l'étude cette question : *Pourquoi n'y a-t-il aucune réglementation de la profession de bandagiste ? Cette profession s'occupant habituellement d'une branche très importante de l'art de guérir ne devrait-elle pas être réglementée aussi bien que celle de médecin, pharmacien, dentiste, herboriste et sage-femme ?*

L'envoi de cette proposition est accepté à l'unanimité.

M. Barette reprend : Je dois encore vous soumettre un troisième vœu. Vous savez qu'il existe non seulement des empiriques, mais encore des médecins porteurs du diplôme de docteur en médecine, qui sont assez peu soucieux de leur dignité pour faire le métier d'empirique et qui, périodiquement, viennent dans les hôtels de nos villes donner des consultations et vendre des appareils coûteux, la plupart du temps,

sinon toujours absolument inutiles et même nuisibles aux malades.

Plusieurs fois nous avons fait vérifier par le parquet et la police, l'existence des diplômes de ces malhonnêtes industriels. Nous désirons tous qu'on mette à l'étude les *moyens à prendre pour protéger la santé publique et la profession medicale contre ces industriels*.

Je vais faire passer une consultation qu'un de ces honnêtes (?) praticiens a délivrée à une malade atteinte d'une double tumeur ovarienne, il y a trois mois ; elle émane d'un *réel* docteur en médecine (1). Le texte n'est-il pas d'un puffisme remarquable. Mais ce qui est plus instructif c'est que cette consultation fut payée 20 fr. sans broncher, et qu'en plus le praticien conseillait à la malade l'application d'un appareil valant 600 fr. Elle n'avait pas les moyens de le payer ; mais si elle les avait eus, sûrement elle eût été jusqu'au bout la dupe du grand guérisseur.

Nous devons encore, mes chers collègues, signaler à votre attention un autre mode d'exploitation pratiqué, contre nous tous, par des médecins indélicats. Voici comment ils procèdent, et cela se passe généralement dans les stations balnéaires fréquentées de nos côtes. Je ne parle point du tout de nos aimables confrères parisiens ou autres qui viennent passer sur nos plages un ou deux mois, avec lesquels vous aimez à vous rencontrer, qui, respectueux de vos situations professionnelles, consentent à donner leurs conseils à des malheureux, ou à se trouver en consultation avec vous. Ceux-là, nous les verrons toujours venir avec plaisir, et nous les recevrons avec bonne grâce. Mais nous nous élevons hautement contre ceux qui voient dans la saison balnéaire d'une station fréquentée, le moyen de vivre grassement, de se payer les plaisirs du jeu, et tant d'autres, en alimentant leur bourse au moyen d'une clientèle qu'ils se taillent au détriment des médecins du pays.

Ah ! ils sont partout les mêmes ; ou bien ils opèrent seuls, s'insinuant près des maîtres d'hôtels, faisant des remises aux garçons, aux fournisseurs. On les voit aux casinos cherchant à s'insinuer dans l'intimité des familles, lançant habilement un conseil, une critique sur les prescriptions de leurs confrères et finalement s'offrant à donner leurs soins. D'autres encore, et nous en connaissons, trouvent un médecin du pays, qui se faisant leur compagnon, leur porte-drapeau, les introduit partout, les appelle en consultation au détriment de confrères voisins et cela dans l'espoir de partager le butin. Nous protestons, messieurs, contre ces associations honteuses et nous signalons ces agissements au mépris public.

Ces faits sont d'autant plus monstrueux que ces êtres sont d'une impudence inouïe, ils ont toute honte bue. Et ils exercent ainsi sans même payer patente.

Assistance publique.

L'organisation de la médecine des indigents n'a pas avancé beaucoup dans le courant de cette année. Vous vous rappelez que le 22 août 1895 le Conseil général du Calvados repoussait le projet de règlement que, comme membres de l'Association des Médecins du Calvados, nous avions eu l'honneur de proposer. Sur 139 médecins, 21 seulement, c'est-à-dire la septième partie du corps médical du département, ont accepté de faire partie du service de l'Assistance, et encore il faut remarquer que beaucoup de confrères n'ont accepté que pour la commune même où ils résident.

Il y avait, dans le rapport présenté au Conseil général, une confusion manifeste, en faisant croire que la majorité refusait à cause de l'obligation imposée à ceux qui accepteraient, de faire régulièrement le service, et non à cause de l'insuffisance de la taxe kilométrique.

Aussi, dans une lettre que nous avons eu l'honneur d'adresser à M. le Préfet du Calvados, toujours si bienveillant pour le corps médical, nous avons tenu à affirmer qu'aucun ne refusait de s'obliger à soigner les indigents assistés, lorsque la modeste subvention kilométrique serait accordée. Et pour bien montrer notre bonne volonté, nous avons proposé une nouvelle réduction, c'est-à-dire un nouveau sacrifice de notre part. Nous avons demandé que la visite et la consultation fussent comptées à 1 fr. dans la commune où réside le médecin, et qu'en dehors de la commune les frais de déplacement soient comptés à 0 fr. 50 par kilomètre de clocher à clocher, c'est-à-dire que nous demandons purement et simplement le tarif des frais de déplacement alloués aux services publics.

La Commission des finances du Conseil général, à la session d'août dernier, a rejeté purement et simplement nos nouvelles propositions.

Mais il faut ajouter que ses conclusions ont à leur tour été combattues à l'Assemblée générale du conseil, par un certain nombre de membres, parmi lesquels nous comptons deux de nos confrères, et que l'examen de nos propositions devra de nouveau être repris par l'Administration départementale.

Assurances.

M. *Barette* : Il me reste, mes chers collègues, à vous parler de la question des assurances vie et accidents. Vous savez tous, et le rapport si étudié de M. le D[r] de Font-Reaulx, de même que le très bon travail de notre confrère le D[r] Ygouf (de Saint-Lô), le démontrent amplement, dans ces questions, nous avons à nous défendre, aussi bien que les assurés d'ailleurs, contre les règlements parfois obscurs des compagnies. Vous savez tous également que, tandis que le prix des actions de toutes ces compagnies a monté dans des proportions inouïes et que leurs dividendes ont progressé dans la même proportion, elles lésinent autant, sinon plus, quand il s'agit des honoraires qui nous sont dus, soit pour les certificats d'admission, soit pour les constats de blessures et les soins donnés aux blessés, quand elles sont responsables de ces soins.

Les assurances dites collectives, en particulier, sont souvent l'origine de difficultés pour les règlements de compte.

Aussi il faut que tous les médecins s'entendent et résistent en commun à cette collection de puissants capitalistes qui cherchent, par la modicité de nos honoraires, à se faire des bénéfices sur notre dos. Il n'y a pas là, qu'on le comprenne bien, de philanthropie à faire à l'égard des assurés ; nous la ferions naïvement au profit des assureurs.

Pour éclairer votre religion au sujet de cette question, je vous présente le tableau comparatif suivant extrait du *Moniteur des Assurances* :

Assurances-Vie

Cours des Actions au 31 *décembre* 1885 *à* 1894

COMPAGNIES	1885	1894	Augmentation en 10 ans	
			du cours des actions	du pour % du capital
Générale	32.000	68.000	36.000	112,50 %
Nationale	13.500	35.000	21.500	159,25 %
Phénix	16.200	35.000	18.800	116,05 %
Monde	90	235	145	161,11 %
France	245	840	595	242,85 %

(1) Texte de l'ordonnance : Congestion et déplacement de la matrice et des ovaires qui déplacent et dilatent l'estomac en déséquilibrant le système nerveux. Il faut arrêter et éviter un fibrôme qui nécessiterait une opération.

ASSURANCES-ACCIDENTS
Cours des Actions de 1885 à 1894 inclusivement

COMPAGNIES	COURS au 31 décembre 1885	COURS au 31 décembre 1894	AUGMENTATION en 10 ans du cours	AUGMENTATION en 10 ans du pour o/o du capital	Au 30 mars 1896
La Préservatrice..	490	1.200	710	145 %	1.425
Le Soleil.........	155	465	310	200 %	480
Urbaine et Seine.	85	490	405	470 %	510
Patrimoine.......	25	130	105	420 %	130
Caisse des Familles............	12	68	80	567 %	80
La Providence....	35	515	480	1.371 %	700

Connaissez-vous des clientèles qui, en 10 ans, prennent un tel développement.

Vous pourrez maintenant étudier les tarifs proposés par M. le Dr de Font-Réaulx.

I. — Tarif élaboré par le Dr de Font-Réaulx, président du Syndicat médical de la Haute-Vienne.

1° Constatation simple *sans soins*, les 2 certificats.................................. 6 fr.
2° Constatation et *soins à forfait* pour les petits accidents.......................... 10 fr.
3° Déplacements hors de l'octroi le jour par kilomètre à l'aller...................... 1 fr.
Déplacements hors de l'octroi la nuit.......... 2 fr.
Prix complémentaires. — 4° Luxations. Petites articulations, doigts, orteils, etc .... 10 fr.
Pied, genou, rotule, main, poignet, coude, épaule, mâchoire........................ 50 fr.
Cuisse.. 100 fr.
5° Fractures. Petites fractures simples....... 25 fr.
Membre supérieur, y compris la clavicule et l'omoplate.................................. 60 fr.
Jambe.. 80 fr.
Bassin, cuisse, rachis........................ 100 fr.
Fractures compliquées, comminutives ou avec plaies pénétrantes................ *moitié en sus.*

Dans toutes les fractures 1/4 du tarif, si les soins cessent avant 48 heures par décès ou transport à l'hôpital.

Dans toutes les fractures 1/2 tarif si les soins durent moins de 20 jours.

6° Amputations. — Main, poignet, avant-bras, coude, bras, pied........................ 100 fr.
Jambe, cuisse, genou, épaule.................. 150 fr.
Doigts, orteils................................ 30 fr.
7° Plaies graves............................. 40 fr.
Si moins de 48 heures de soins, 1/4 en moins.
Si moins de 1 mois, 1/2 en moins.
8° Opérations intra-craniennes et sur le rachis 100 fr.
9° Blessures graves aux yeux, ayant exigé une opération et 10 jours consécutifs de soins 50 fr.
10° Anesthésie générale et fourniture d'anesthésique.................................. 20 fr.
11° Aides..................................... 25 fr.

Si je vous ai exposé ce tarif le premier, c'est que, bien que je ne sois pas partisan du système à forfait, c'est celui que je voudrais vous voir adopter si nous ne pouvions obtenir le paiement à la visite.

Voyez maintenant celui du Syndicat de la vallée de la Meuse, qui est plus rémunérateur :

1° Constatation de la blessure et de la guérison, *sans soins*.......................... 6 fr.
2° Constatation du sinistre et soins, au minimum.................................... 8 fr.
Opérations et consultations d'un ou plusieurs confrères en sus.......................
Après la dixième visite — dans la résidence du médecin, chaque visite ultérieure......... 2 fr.
En dehors de la résidence, en plus par kilomètre.................................... 1 fr.
3° Luxations......... { Epaule, coude, pouce. 30 fr. ; Hanche.............. 60 fr. }
4° Fractures simples, c'est-à-dire sans plaies. { Doigt .... 10 fr. ; Radius, péroné, clavicule, bras, avant-bras............. 30 fr. ; Jambe .... 60 fr. ; Cuisse .... 80 fr. }
5° Amputations...... { Doigt............. 10 fr. ; Bras............... 30 fr. ; Jambe.............. 70 fr. ; Cuisse .... 100 fr. }
Autres opérations suivant le tarif général diminué de 25 %.
Grandes plaies....... { Par pansement ordinaire.............. 5 fr. ; Par grand pansement.............. 3 fr. }
Anesthésie payée à part, à raison de........ 20 fr.

Les confrères appelés pour une opération recevront chacun les mêmes honoraires que le médecin opérateur.

Consultations et déplacements :
Consultations par médecins................. 10 fr.
Déplacements par kilomètre, aller et retour... 1 fr.

Enfin, j'attire votre attention sur les conclusions du travail de M. le Dr Ygouf.

I. — *Assurances-Vie.*

1° Tout certificat d'assurance sur la vie sera payé au moins 20 francs.

Les déplacements seront payés à raison de 1 franc par kilomètre en sus.

2° Toute analyse qualitative d'urine sera taxée 5 francs en sus du certificat.

Le liquide à analyser sera remis au médecin dans un flacon cacheté et étiqueté par les agents de la compagnie, laissant à leur charge toute responsabilité sur sa provenance.

3° Si le médecin traitant délivre aux héritiers un certificat *post mortem*, ce certificat devra être payé d'avance et taxé 10 francs.

II. — *Assurances-Accidents.*

1° Le coût de deux certificats de maladie et de guérison à *l'exclusion de tous soins* est de 8 francs.

2° Les soins à donner aux assurés seront réglés d'après les tarifs habituels de la région. Le forfait est interdit.

Dispositions générales.

Dans le cas où les compagnies ne garantiraient pas les soins médicaux, elles devront le spécifier nettement dans la police d'assurances, en soulignant cette disposition.

2° Quand un médecin sera appelé pour donner ses soins à un ouvrier blessé dans les usines ou les chantiers d'un industriel assuré à une Compagnie ne garantissant pas les soins médicaux, il ne devra les continuer que s'il a obtenu la signature de l'industrie ou de son représentant, sur un imprimé en tête duquel sera relaté le présent article et ainsi libellé :

Le soussigné industriel à...... s'engage à régler les honoraires du Docteur X.... et du Confrère qu'il pourrait appeler, pour les soins à donner à son ouvrier, blessé le.......... (*Signature.*)

3° Notification de ces décisions sera faite par les soins du Bureau aux agents d'assurances, vie et accidents, de la région.

Dans notre arrondissement, il existe un certain nombre d'assurances dont nous sommes les médecins ; il y aura lieu d'étudier leur mode de rémunération et leurs tarifs.

Une commission composée du Bureau et de MM. Duvivier et Noury est chargée d'étudier la

question et de présenter un rapport au mois de janvier prochain.

Le Président,
Dr Barette.

REPORTAGE MÉDICAL

Association de la Presse médicale française, secrétariat général, 14, boulevard Saint-Germain, Paris. Réunion du 6 novembre 1896. — Le 6 novembre 1896 a eu lieu le trente-quatrième dîner de l'Association de la Presse médicale française, sous la présidence de M. le Pr Cornil. 24 personnes y assistaient.

M. le Dr Archambaud, directeur de la *Revue médicale* (de Paris) ; M. le Dr Cabanès, directeur de la *Chronique médicale* (de Paris), ont été élus membres de l'Association à l'unanimité. M. le Dr Saint-Germain a été élu en remplacement de M. Cadet de Gassicourt (*Revue des maladies de l'Enfance*), et M. le Dr Noir, en remplacement de M. Meugy (*Bulletin de l'Union des Syndicats médicaux de France*).

Le Secrétaire général a communiqué à la réunion le résultat des démarches tentées à propos du Cinquantenaire de l'anesthésie et les documents qu'il a reçus relativement au Congrès de Moscou.

Le Secrétaire Général,
Marcel Baudouin.

— *Distinctions honorifiques.* — Parmi les noms des médecins qui viennent de recevoir les palmes d'officier d'Académie, nous relevons ceux de MM. les docteurs ; *Dousset* (de la Guerche), *Mathez* (de Moutiers), *de Langenhagen* (de Motte-les-Bains) et *Pethiot* (du Conquet), membres du « Concours médical ».

— *La révocation du Dr Cambillard.* — Le Conseil municipal de Paris a entendu ces jours derniers l'interpellation de M. le Dr Dubois sur cet épisode électoral dont nous avions parlé au n° 38. La discussion a été fort vive et s'est terminée par le vote d'un ordre du jour, proposé par M. Strauss, comportant un blâme à l'Assistance publique et l'invitant à offrir une compensation au confrère lésé.

— *Un médecin assassiné.* — Le 5 novembre au soir, M. le Dr Burnier, directeur du Sanatorium de Leysin, a été assassiné par un Russe, nommé Pironchef, pensionnaire de l'Hôtel du Mont-Blanc, auquel il avait donné l'ordre de quitter l'établissement. M. le Dr Stephani qui accompagnait son confrère a pu arracher le revolver de l'assassin, au moment où il était à son tour visé par celui-ci.

— *La nouvelle commission du monopole de l'alcool.* — Par décret du Ministre des finances, il vient d'être institué une Commission extra-parlementaire chargée d'étudier la question du monopole de l'alcool. Au milieu des nombreux membres qui la composent nous trouvons les noms de MM. les Drs Berthelot et Labbé, sénateurs, Bourgoin, Lannelongue, Quintac, Ricard, députés, Laborde, Lancereaux, Brouardel, Cot, Richard.

A cette nouvelle, la Commission de la Chambre des Députés élue en vue de cette même étude, a fait le serment de hâter ses travaux et de déposer très prochainement son rapport.

Pendant ce temps, le Sénat discute le projet de loi sur les boissons : il vient de maintenir le rude coup porté par la Chambre au privilège des bouilleurs de cru.

— *La fête du cinquantenaire de l'anesthésie.* — La proposition faite par l'*Association de la presse médicale* au Bureau du *Congrès de chirurgie*, au sujet de l'organisation de cette fête et de sa fixation à l'époque de la réunion de ce Congrès, c'est-à-dire dans la seconde quinzaine d'octobre, a été, on ne sait trop pourquoi, défavorablement accueillie. — M. le Secrétaire de l'*Association de la Presse médicale* a en conséquence informé les membres de cette *Association* que la fête serait reculée au lundi gras.

— *Les élèves de l'Ecole de médecine navale à la Faculté de Bordeaux.* — Un incident assez sérieux s'était produit à la Faculté de Bordeaux à propos de la présentation au Concours de l'internat des élèves marins n'ayant que quatre inscriptions. L'attitude ferme des professeurs de la Faculté et le tact du Directeur de l'Ecole de médecine navale, ont eu vite fait d'aplanir le différend, qui, malgré certaines excitations intempestives publiées dans la presse, ne semble pas devoir renaître.

—*Le fonctionnement de l'Assistance médicale gratuite en 1896.* — Il paraît que la plupart des départements se sont mis en mesure de faire fonctionner en 1897 de façon plus ou moins heureuse, le service d'Assistance médicale.

Parmi les retardataires il faut pourtant signaler le Morbihan qui refuse les propositions des médecins, et, chose plus bizarre, la Mayenne où le Conseil général a refusé de renouveler le crédit pour l'année prochaine ! Mais alors qui soignera les pauvres ? Et avec quel argent ?

— *L'obligation de la vaccination et de la revaccination.* Nous disions, l'autre jour, que la Saxe avait décrété l'application d'un code déontologique et la création des tribunaux médicaux.

C'est de même à la Prusse et aux autres Etats allemands que nous devrions emprunter leurs édits sur la vaccination et sur la revaccination obligatoire des ouvriers étrangers.

M. le Dr Flaissières, maire de Marseille, n'eût peut-être pas encouru les reproches qu'on lui adressait récemment, s'il avait été ainsi armé contre les ouvriers italiens et les équipages cosmopolites qui ont libre accès dans la cité phocéenne.

— *Grève des maladies.* — On a vu parfois les médecins accusés de faire grève, quoique probablement la chose ne se soit jamais produite, s'il faut, comme de juste, caractériser du nom de grève le refus de soigner les malades.

En revanche, il y a eu bel et bien grève de certaines maladies cette année. Ainsi la variole et la rougeole ont passé des semaines en 1896 sans causer de décès à Paris. Cela ne s'était jamais vu depuis que fonctionne le service de la statistique municipale. Beaucoup d'autres maladies, comme la diphtérie et la fièvre typhoïde, manifestent des tendances analogues.

Où allons-nous ?

— *Chaire officielle de massage à l'Université de Berlin.* — Le massage vient d'obtenir ses grandes entrées à l'Université de Berlin. M. le Dr Zabloudovsky, ancien médecin militaire russe, est le premier titulaire de la chaire nouvellement créée.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4.126. — M. le docteur Saucier, à Milly (Seine-et-Oise), membre du Syndicat d'Etampes.

N° 4.127. — M. le docteur Serres, de Limoux (Aude), présenté par M. le Directeur.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Hélot, de Rouen, membre du « Concours médical ».

Par inadvertance, quelques journaux de médecine ont annoncé le décès de M. le docteur Vignes (de Corbeil). Notre confrère nous informe qu'il est toujours en bonne santé et qu'il nous le prouvera en assistant aux réunions et au Banquet du 15 novembre.

Le Directeur-Gérant : A. Cezilly.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 47 21 Novembre 1896

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

ÉCHOS DES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

Dimanche dernier se sont tenues les Assemblées Générales de l'Association amicale des médecins français et de la Société civile du Concours médical.

Les assistants étaient nombreux et les questions discutées fort intéressantes.

A *l'Association amicale*, on a pu constater quels services cette œuvre avait déjà rendus, en secourant 54 confrères malades depuis, sa fondation encore si récente. L'exposé du trésorier a montré que les frais, d'administration — à l'encontre de ce qui se produit si souvent — vont en diminuant d'année en année, bien que certains frais, tels que quittances, poste, etc., doivent forcément augmenter avec le nombre des adhérents. La réserve dépasse 46.000 francs, placée en valeurs de tout premier ordre, conformément aux statuts.

Le Secrétaire Général a insisté sur la nécessité de faire une énergique propagande près des confrères non adhérents ; il a montré qu'en le faisant, on rendait service à ces confrères et qu'on donnait plus de force à l'œuvre elle-même.

Enfin, divers articles des statuts ont été modifiés conformément aux propositions du Conseil d'administration. L'expérience avait, en effet, montré la nécessité de préciser certains points que la rédaction primitive avait un peu laissés dans le vague. Le Conseil d'administration les avait tranchés au cours de l'année ; mais il tenait à ce que ses décisions fussent confirmées par l'Assemblée et devinssent des règles incontestées pour l'avenir.

M. le Dr Hervouët a été renommé contrôleur, M. le Dr Gille (de Garches) a remplacé le Dr de Fourmestraux, sortant.

A l'Assemblée du *Concours médical*, on a étudié la question de principe de la création de la Caisse des veuves et des orphelins, dont il a déjà été parlé dans le journal, et, à l'unanimité, les membres présents ont répondu que cette création était souhaitable, qu'à leur avis elle avait toutes chances de réussite et qu'il y avait lieu d'étudier les mesures propres à sa constitution définitive.

Une autre grosse question était celle des sanatoria. L'Assemblée Générale, statuant sur le principe déontologique, a déclaré qu'il était licite, aux médecins, de fonder des sociétés en vue de la création et de l'exploitation de ces sanatoria. Cette décision répond à certaines critiques formulées à ce sujet.

En tant que société civile du Concours, nos confrères n'avaient pas à prendre d'autre décision. Mais la grande majorité d'entre eux a émis l'avis qu'il était désirable qu'un groupe de médecins étudiât cette question et, si possible, en poursuivît la réalisation.

Sur la question des consultations payantes dans les hôpitaux, l'Assemblée a décidé qu'il était immoral que l'Assistance publique tirât des revenus du concours que lui prête le corps médical. La question des malades payants a été renvoyée à l'examen d'une commission, pour être soumise à l'Assemblée Générale prochaine.

En dehors de ces questions capitales, un certain nombre d'autres points d'importance

moindre ont été traités et après avoir voté l'approbation des comptes de l'année écoulée, ainsi que le budget de 1896-1897, l'Assemblée a décidé de participer à la célébration du prochain jubilé de M. Théophile Roussel.

Au banquet confraternel, qui a suivi, l'assistance n'a pas été moindre que les années précédentes. Les tables bien garnies ont présenté la joyeuse animation des anciens jours.

C'est par des bans répétés qu'ont été salués les toasts portés par le Directeur, ses collaborateurs, les invités et de nombreux confrères.

Conversations et discussions ont repris dans les salons, au moment du café, et on s'est séparé avec force poignées de mains, en se donnant rendez-vous à l'an prochain.

Les procès-verbaux des Assemblées Générales seront, comme d'habitude, publiés *in extenso* dans les prochains numéros.

PROPOS DU JOUR

L'avenir de nos amputés.

Je n'ai jamais pu me défendre d'un vif sentiment de pitié, quand ma scie venait de faire tomber la moitié du tibia ou du fémur d'un pauvre diable d'ouvrier, à qui j'avais pourtant conscience de sauver la vie par le seul moyen qui fût en mon pouvoir.

J'ajouterai que, pendant le pansement que nous faisons aujourd'hui avec les minuties convenables, l'esprit du médecin m'a toujours paru obsédé par cette terrible inconnue : « Que deviendra ce malheureux, probablement condamné à vivre ? »

Ni la satisfaction du devoir accompli, ni le service rendu, ni le contentement du succès de l'opération, n'arrivent à masquer cette préoccupation constante. Quand tout est terminé, quand nous donnons l'*exeat*, même avec la poignée de main de l'invalide reconnaissant, nous ne voyons pas sur le front de celui-ci l'expression de la gaité et de l'espoir.

Comme nous, il se demande où il va : comme nous il pressent l'enrôlement obligatoire dans l'armée de la misère.

La plus riante perspective qu'il puisse voir passer devant ses yeux est faite d'une indemnité ridicule versée par la Compagnie d'assurances : il lui sera donné *de quoi ne pas mourir de faim* pendant deux ou trois ans. Après, c'est le bureau de bienfaisance, s'il en existe un dans la commune, ou la dégradante mendicité. Car presque partout, on lui refusera l'apprentissage du métier qu'il pourrait et voudrait faire, cordonnier, tailleur, etc.... Nulle part ne s'ouvrira, pour lui, l'atelier d'enseignement qui lui assurerait, pour plus tard, des moyens d'existence, dont il puisse ne pas rougir.

Nous ne voudrions pas aller jusqu'à dire que ce triste spectacle fera germer et prospérer la graine du socialisme, sur le terrain médical comme sur les autres. Mais il faut bien avouer qu'il entretient chez nous cette conviction que, quand le médecin a rempli son devoir envers ces malheureux, la Société ne veut pas remplir le sien.

Ne viendra-t-il pas un jour où s'organisera, d'une façon ou d'une autre, l'assistance par le travail.

Continuera-t-on toujours d'appeler compagnies d'assurances contre les accidents, des Sociétés de spéculateurs qui n'assurent rien, ni l'existence (la mort d'un ouvrier père de famille s'est payée, devant moi, un billet de mille francs), ni les moyens de gagner son pain, quand on possède encore deux bons bras, soutenus par du courage et de l'intelligence ?

Du moins, s'il doit en être ainsi pendant longtemps, qu'on ne s'étonne pas de voir les médecins trouver que tout n'est pas pour le mieux dans le meilleur des mondes, en ce qui concerne eux et leurs malades.

Qu'on leur laisse le droit de soupirer après le progrès !

Car, quoi qu'en disent les badins, pour être médecin, on n'en est pas moins homme, c'est-à-dire compatissant pour le malheur immérité.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Procédé simple pour faciliter le dosage des alcaloïdes dangereux.

M. le Dr *Lorin*, notre dévoué et savant confrère, nous prie de faire connaître à nos lecteurs un procédé très simple pour faciliter le dosage des alcaloïdes dangereux à manier comme l'aconitine et l'atropine.

Le plus souvent, les pharmaciens prudents, sachant les accidents terribles que peuvent provoquer même des doses normales de chacun de ces deux alcaloïdes, suivant certaines idiosyncrasies, se gardent bien de mettre dans les préparations prescrites, les doses indiquées par le médecin. D'autre part, comme généralement, ces pesées délicates prennent un temps extrêmement long et que le nombre des pilules à faire est très restreint, il en résulte que, pour une préparation très longue, le pharmacien ne peut réclamer un prix proportionnel à sa peine : six pilules ne peuvent être vendues aussi cher que soixante, et cependant, la peine n'est pas moins grande pour doser et faire les six pilules que pour les soixante.

Or, un moyen bien simple de satisfaire tout le monde, et surtout de rendre le dosage si facile au pharmacien, qu'il ne serait pas pardonnable de le négliger, c'est de procéder de la manière suivante :

On pèse une dose assez forte de l'alcaloïde (il est, en effet, à peu près impossible de peser exactement les petites doses, en pratique courante), on la mêle à une dose cent fois plus forte de sucre de lait, et on l'introduit dans un flacon bien étiqueté avec les indications du titre du mélange et même avec la recommandation sur l'étiquette d'agiter avant de s'en servir, pour le cas où, par le tassement, l'alcaloïde se serait, à la longue, un peu séparé du sucre mélangé. Ce mélange est facile à peser ; on a dix ou cent chances de moins de se tromper, selon le titre du mélange. S'il arrive des accidents, ce ne sera pas la faute

du préparateur. On pourra y obvier à l'avenir en modifiant les doses.

De plus, il sera bon, pour la même dose de six pilules, par exemple, de faire 60 pilules et d'en faire prendre 10 à intervalle de quelques minutes, au lieu d'une. S'il doit y avoir intoxication, le malade s'en apercevra, s'arrêtera et n'ira pas jusqu'à la dixième.

Pour la sûreté du dosage, on a bien certaines spécialités. Avec elles, s'il y a des accidents, on ne pourra les attribuer qu'aux doses trop élevées prescrites. Remarquez que pour ces doses habituelles il faut que le rein fonctionne bien, ce qu'on ignore souvent et ce qu'on vérifierait plus facilement avec une fragmentation plus grande.

Conduite à tenir auprès d'une personne qui a avalé une pièce de monnaie.

Voici, d'après le Dr Jules *Armand*, d'Albertville, quelle doit être la conduite du médecin en présence d'un enfant qui vient d'avaler une pièce de monnaie telle qu'un sou ou un franc.

« Appelé précipitamment le 22 septembre 1896, nous raconte-t-il, auprès d'un enfant de 3 ans, qui avait de violents efforts de vomissements et une très forte dyspnée, je reçus cette confidence de sa petite sœur que son frère avait avalé un sou avec lequel il jouait. L'exploration de la gorge aussi profonde que possible avec le doigt ne me fit rien sentir.

Je rentrais chez moi et revenais avec mon panier de Graefe et une sonde œsophagienne, incertain encore de la conduite que j'allais tenir. A mon arrivée, tout avait cessé.

Le sou était descendu et, las de tous ses efforts, l'enfant s'endormit profondément. Vainement les parents attendirent la sortie de la pièce par en bas. L'enfant se portait admirablement bien, ses digestions étaient parfaites, pas la moindre colique, lorsque le 4 novembre, c'est-à-dire 44 jours après qu'il eut avalé le sou, l'enfant le rendit par un simple effort de vomissement. »

Que conclure de cette intéressante observation ?

Que le plus sage est de pousser la pièce de monnaie vers l'estomac si elle n'y descend pas d'elle-même et d'éviter les manœuvres d'extraction, parfois fort dangereuses.

Un mode pratique d'administration de la créosote.

Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* nous donne le résumé d'un travail de MM. *Romeyer* et *Testevin* sur un nouveau procédé d'administration de la créosote qui supprime tous les dangers d'irritation stomacale et qui peut être suivi lorsque l'emploi de la voie rectale ou de la voie hypodermique est contre-indiqué. Il est basé sur la propriété qu'ont la créosote et le gaïacol, de se solidifier par l'addition de magnésie. Voici le mode de préparation adopté, préparation qui nécessite l'addition d'un peu de potasse pour la richesse du produit en substance active.

Dans un mortier en porcelaine, on jette 20 grammes de potasse caustique que l'on fait dissoudre dans 10 grammes d'eau distillée. On verse alors en émulsionnant 800 grammes de créosote de hêtre et l'on termine en incorporant 170 grammes de magnésie récemment calcinée. Le mélange, abandonné à la température ordinaire, se fonce lentement en couleur, puis, au bout d'un temps variable, qui peut aller jusqu'à 36 heures, la masse prend une bonne consistance pilulaire. Cette masse continue à durcir et peut plus tard se pulvériser : un échantillon, préparé depuis un an, solidifié et durci, peut être mis en pilules par la simple addition de miel.

La masse préparée par ce procédé contient 80 % de créosote ; elle est susceptible de recevoir par incorporation toute autre substance pouvant prendre la forme pilulaire, pourvu qu'elle ne présente pas un antagonisme chimique ou une incompatibilité physique ou physiologique. Pour plus de commodité dans la posologie, les auteurs proposent de la désigner par le mot de : *créoso-magnésol*.

MM. Romeyer et Testevin se sont servi du créoso-magnésol à l'intérieur sous forme de pilules ainsi composées :

1° Créoso-magnésol, 10 centigrammes.
Miel, q. s. pour une pilule.

La contenance de chaque pilule est de 0,08 de créosote, de 0,017 de magnésie et de 0,002 de potasse (poids moyen d'une pilule : 12 à 13 centigrammes).

2° Créoso-magnésol, 0,10 centigrammes.
Sulfate de quinine, 0,10 centigrammes.
Miel q. s. pour une pilule (poids moyen d'une pilule 23 à 25 centigrammes).

Il serait facile d'y ajouter de l'iodoforme, de l'extrait d'opium, etc...

Cette préparation diffère de celle préconisée récemment par M. Calmel, par une plus grande richesse en créosote (80 % au lieu de 50), l'absence de résine de pin qui semble rendre les pilules plus dures et moins assimilables.

L'ingestion d'une petite quantité de créoso-magnésol donne lieu aux remarques suivantes : Placé sur la langue, ce corps ne produit pas la sensation de brûlure de la créosote pure, il ne blanchit pas la muqueuse buccale ou linguale comme celle-ci. Sous forme pilulaire, il laisse dans la bouche un léger goût rappelant celui du goudron et disparaissant relativement assez vite. Pris à jeun, il ne cause pas après son arrivée dans l'estomac de sensation brûlante et il n'y a ensuite ni renvois, ni nausées ; en résumé, aucun trouble symptomatique d'une irritation de la muqueuse stomacale, non plus que de troubles digestifs (diarrhée ou constipation) à la suite de son usage assez prolongé.

D'autre part, son action sur la toux, l'expectoration, la fièvre ont été des plus nettes et des plus franches. Quinze malades atteints de bronchites aiguës ou chroniques à divers degrés ont suivi un traitement par les pilules de créoso-magnésol à dose variable et intensive. Au début, la dose était de six pilules prises ainsi : trois au repas du matin avec les premiers aliments, trois au repas du soir. Dès le troisième jour, il a toujours été possible, sauf dans un cas, de la porter à huit pilules et même à dix, prises en deux fois de la même façon.

Au bout d'une nouvelle période de quatre jours en moyenne, la dose journalière a été portée à douze pilules, puis à quatorze, enfin à seize. Sur les 15 malades, 2 ont été réformés, 6 sont sortis améliorés, 7 sont encore en traite-

ment, mais en voie d'amélioration. L'amélioration s'est traduite par la diminution de la toux et de l'expectoration, le retour du sommeil, la réapparition de l'appétit.

Au début, on associe le sulfate de quinine au créoso-magnésol, afin de déterminer si la masse pilulaire se désagrégeait facilement, s'il y avait absorption, en recherchant le sulfate de quinine dans les urines. Celui-ci a toujours été retrouvé une heure ou une heure et demie après l'ingestion du médicament. En même temps, on remarque l'action favorable exercée par le sel quinique sur la température de quelques malades fébricitants, un abaissement sensible de celle-ci, puis le retour à la normale quelques jours après l'emploi du mélange créosoté-quininé.

Aussi l'a-t-on donné avec succès chez des fébricitants et chez des sujets atteints de bronchite avec congestion du sommet.

Il faut ajouter que la présence de la magnésie semblait favoriser le retour du bon fonctionnement des voies digestives.

La dose totale a été en moyenne de un gramme de créosote environ par jour ; on est donc loin ainsi des doses toxiques.

En résumé, ce mélange créosoté magnésien paraît réunir les conditions suivantes :

1° Etre peu irritant pour la muqueuse stomacale et intestinale ;

2° Diminuer l'expectoration et la toux ;

3° Faciliter le relèvement des fonctions digestives et amener ainsi rapidement une amélioration de l'état général des malades.

CLINIQUE RHINOLOGIQUE

De l'adénoïdite.

On désigne sous le nom d'*adénoïdite*, l'inflammation aiguë du tissu adénoïde du pharynx nasal. On sait que ce tissu occupe principalement la voûte du pharynx, où il constitue une troisième amygdale (glande de Luschka), rudimentaire à l'état normal, mais qui, à l'état pathologique, prend un volume assez considérable pour manifester sa présence par une foule de troubles. Ce n'est pas seulement par sa constitution anatomique qu'elle rappelle les amygdales palatines ; la pathologie n'est pas différente de celle de ces dernières : tantôt la masse de la glande subit des poussées congestives ou inflammatoires, se traduisant à la fois par des phénomènes locaux et par des phénomènes généraux ; tantôt l'inflammation se localise sur le tissu cellulaire qui l'entoure et qui devient le siège d'un phlegmon ou d'un abcès ; de là des adénoïdites et des périadénoïdites, comparables, de tous points, aux amygdalites et aux périamygdalites. Bien que ces mots puissent paraître nouveaux à bien des lecteurs, les affections qu'ils désignent ne le sont pas : l'adénoïdite répond à une variété de catarrhe naso-pharyngien aigu, la périadénoïdite à une variété d'abcès rétro-pharyngiens : ce sont deux affections que les progrès récents de la rhinologie ont permis d'isoler du chaos des affections rétro-pharyngées et de décrire comme des entités morbides.

L'adénoïdite est surtout fréquente chez les enfants de 3 à 7 ans : c'est chez eux, qu'on la voit se développer avec les symptômes les plus nets et les plus accusés. Elle atteint de préférence ceux, dont l'amygdale pharyngée est préalablement hypertrophiée, c'est-à-dire ceux qui sont atteints de végétations adénoïdes ; mais elle n'épargne nullement ceux dont le naso-pharynx est normal. En ce point, comme en bien d'autres, la pathologie de l'amygdale pharyngée ne diffère pas sensiblement de celle des amygdales palatines : on sait que si l'hypertrophie des amygdales prédispose aux poussées inflammatoires, cette augmentation de volume est cependant loin d'être une condition, sine quâ non, du développement des amygdalites. Il n'en est pas moins vrai que la relation unissant l'hypertrophie et les poussées inflammatoires est intime ; elle paraîtra encore plus étroite, si, envisageant la question sous un autre jour, on considère que les poussées inflammatoires prédisposent à leur tour à l'hypertrophie ; c'est ainsi que les végétations adénoïdes sont parfois le résultat d'adénoïdites répétées.

Tantôt la cause de l'affection reste ignorée ; tantôt elle se développe à la suite d'un traumatisme local, tel que celui qui résulte d'un toucher naso-pharyngien pratiqué avec un doigt mal désinfecté, à la suite d'une opération intranasale (cautérisation) ; tantôt, enfin, elle est le résultat d'un coryza propagé au cavum ; le refroidissement a souvent été noté à l'origine de l'affection. Quoi qu'il en soit, l'adénoïdite résulte toujours d'une infection de l'amygdale pharyngée : tantôt et le plus souvent, sinon toujours, le tissu adénoïde est infecté primitivement par le milieu rétro-nasal ou bucco-pharyngé ; tantôt, mais sans doute exceptionnellement, l'infection de l'amygdale de Luschka est secondaire et se fait par la voie sanguine ; elle n'est alors qu'une localisation d'un état infectieux général.

Dans les cas les plus typiques, l'adénoïdite débute, comme toute maladie aiguë, par une période d'invasion, que caractérisent un malaise général, des frissonnements, des maux de tête, de la courbature, des nausées et parfois des vomissements ou un peu de diarrhée ; la fièvre peut être assez vive pour obliger le malade à prendre immédiatement le lit. Les signes locaux apparaissent rapidement : au bout de quelques heures, d'un jour au plus, ils sont manifestes : les fosses nasales s'obstruent, l'enfant est enchifrené, sa voix est nasillarde, il dort la bouche ouverte, bave et ronfle la nuit ; s'il est suffisamment âgé, il cherche à se débarrasser en se mouchant, mais en dépit de ses efforts, il expulse à peine quelques mucosités et n'éprouve aucun soulagement ; parfois l'action de se moucher détermine chez lui soit une petite épistaxis, soit des douleurs dans le nez ou les oreilles. Souvent, d'ailleurs, les douleurs auriculaires surviennent spontanément ; souvent aussi, des bruits subjectifs ou bien encore une surdité plus ou moins accusée, viennent compléter le tableau. La dysphagie est nulle ou légère.

L'examen de la gorge avec l'abaisse-langue montre l'intégrité des amygdales palatines ; par contre, il est commun de constater en arrière du voile, une traînée de mucosités, transparentes au début, plus tard jaunes et purulentes, descendant du cavum et s'étalant sur la paroi postérieure du pharynx. Lorsqu'elle n'est pas masquée par des mucosités, cette paroi apparaît

rouge, principalement dans les parties les plus élevées que la rétraction du voile laisse à découvert, dans les efforts nauséeux.

Lorsqu'elle est praticable, la rhinoscopie postérieure fait voir un pharynx nasal rouge et enflammé ; la région de l'amygdale pharyngée est boursouflée et recouverte de mucosités visqueuses ; lorsqu'il existait préalablement des végétations adénoïdes, celles-ci présentent une tuméfaction notable ; leur volume peut être doublé. La muqueuse nasale participe souvent aux lésions ; elle est rouge et tuméfiée. Les ganglions de l'angle de la mâchoire sont engorgés.

Au bout de trois ou quatre jours la fièvre s'atténue, puis tombe ; la céphalalgie disparaît et l'état général s'améliore rapidement. Cependant, le nez reste encore bouché, l'amygdale pharyngée ne revenant que lentement à son volume antérieur : les troubles respiratoires peuvent alors persister plusieurs jours après la cessation de l'état fébrile.

Telle est la marche de l'adénoïdite aiguë dont aucune complication, ni circonstance accessoire ne viennent modifier le cours. Mais il s'en faut que les symptômes en soient toujours aussi prononcés : l'intensité des phénomènes inflammatoires peut être très atténuée : c'est ce qui se voit en particulier chez les adultes ; les troubles généraux sont alors insignifiants ou font défaut ; une légère céphalalgie frontale ou occipitale accompagnée d'une obstruction nasale récente, avec une sensation de gêne ou d'ardeur au-dessus du voile du palais, constituent les seuls signes de l'affection ; la résolution peut alors être très rapide. Il s'agit, dans ces cas, de poussées congestives, plutôt que d'inflammation proprement dite. Par un phénomène inverse la réaction est parfois si vive chez les enfants qu'elle provoque soit des convulsions généralisées, qui, jointes à la céphalalgie, reproduisent le tableau de la méningite ; soit des crises de spasmes de la glotte ou de laryngite striduleuse.

Mais ce qui donne à l'adénoïdite un cachet et aussi une gravité particulière, ce sont d'une part, ses complications auriculaires, de l'autre, sa tendance aux récidives. Les bourdonnements, la surdité, les douleurs que j'ai déjà signalées indiquent la propagation des phénomènes inflammatoires à la muqueuse de la trompe d'Eustache ; les signes subjectifs et objectifs du catarrhe tubaire font rarement défaut. Tant que la participation de l'oreille se borne à ces phénomènes, on peut espérer une résolution complète ; il n'en est pas de même lorsque l'inflammation se propage à la muqueuse des cavités de l'oreille moyenne (caisses et cellules mastoïdiennes) : on assiste alors au développement d'une otite moyenne aiguë, qui peut rester catarrhale ou devenir rapidement purulente, si elle ne l'est pas d'emblée. Les troubles causés par cette complication, douleurs locales, céphalalgie, insomnie, peuvent être assez intenses pour masquer ceux de l'adénoïdite, qui passent alors au second plan : bon nombre d'otites moyennes aiguës, avec ou sans complications mastoïdiennes, ont pour point de départ une adénoïdite méconnue.

Dans les cas les plus favorables, la résolution de l'adénoïdite est complète en quelques jours, six à huit au plus : l'affection ne laisse alors aucune trace de son existence : le pseudo-syndrome adénoïdien ne survit pas à l'adénoïdite. Il n'en est pas toujours ainsi : souvent la résolution reste incomplète, l'amygdale pharyngée garde, après la poussée inflammatoire, un volume plus grand qu'auparavant, la respiration nasale ne recouvre pas son entière liberté et le catarrhe tubaire offre une ténacité inaccoutumée ; l'affection laisse après elle soit un catarrhe naso-pharyngien chronique, soit une hypertrophie du tissu adénoïde qui aboutit, tôt ou tard, après une ou plusieurs récidives, à la production de véritables végétations adénoïdes. L'affection est en effet essentiellement récidivante ; une première atteinte prédispose à des poussées ultérieures, d'intensité d'ailleurs fort variable, mais laissant toutes des traces, soit sur la muqueuse du cavum, qui devient le siège d'une infection chronique, soit sur la muqueuse des caisses, soit sur l'amygdale pharyngée elle-même qui s'hypertrophie sous forme de végétations adénoïdes. L'adénoïdite récidivante est un facteur puissant de l'apparition de ces dernières et de leur développement progressif.

Le diagnostic de l'adénoïdite est rendu difficile par son siège, dans une cavité inaccessible aux moyens usuels d'exploration. Les symptômes généraux étant les seuls qui frappent les esprits non prévenus, on s'explique aisément les erreurs de diagnostic qu'elle fait commettre chaque jour en pathologie infantile, le diagnostic flottant, tour à tour, entre celui d'embarras gastrique, de fièvre, de dentition ou de croissance, d'infection larvée, de fièvre prétuberculeuse, de fièvre ganglionnaire, de laryngite striduleuse, d'adénopathie trachéo-bronchique, voire de méningite. Autant d'erreurs que vous éviterez, en ayant présente à l'esprit la possibilité d'une affection locale naso-pharyngée : tenez compte de l'obstruction nasale, de son exagération, si elle existait auparavant, de la surdité et des douleurs auriculaires et par l'analyse fine de ces symptômes vous arriverez à établir un diagnostic au moins probable. Vous ne pourrez malheureusement le confirmer par le toucher digital, contre-indiqué à ce moment, ni par la rhinoscopie postérieure dont vous n'aurez sans doute pas une habitude suffisante ; mais l'évolution de la maladie, la désobstruction du nez suivant de près la disparition des phénomènes généraux, ne tarderont pas à venir vous donner raison.

La seule affection naso-pharyngienne, avec laquelle on puisse confondre l'adénoïdite est la *péri-adénoïdite phlegmoneuse* ou *phlegmon rétro-nasal* développé dans le tissu cellulaire sous-muqueux : dans les deux cas, mêmes symptômes généraux, mêmes troubles fonctionnels locaux ; le seul caractère distinctif de la péri-adénoïdite est sa terminaison brusque vers le cinquième ou le sixième jour par le rejet spontané d'un flot de pus qui est rendu en partie par le nez, en partie par la bouche ; l'ouverture de la collection est suivie du rétablissement immédiat du malade. L'immobilisation inflammatoire du voile du palais, l'œdème de la paroi postérieure du pharynx ou des piliers, la dysphagie, le trismus et la raideur du cou, indices de la propagation des phénomènes inflammatoires au pharynx buccal, sont des symptômes trop inconstants, pour être érigés en signes révélateurs.

La péri-adénoïdite est d'ailleurs aussi rare que l'adénoïdite est fréquente.

Le coryza aigu donne lieu, comme l'adénoïdite, à de l'enchifrènement, à de la céphalalgie, à du malaise général et parfois à un état fébrile, mais il s'accompagne d'éternuements et d'une sécrétion aqueuse abondante. Il n'est d'ailleurs souvent que le prélude d'une adénoïdite ; les bourdonnements d'oreilles et la surdité qui viennent si souvent le compliquer révèlent l'envahissement du pharynx nasal.

Le traitement doit être à la fois palliatif et prophylactique. Localement on prescrira des fumigations nasales de vapeurs d'eau ou mieux encore de vapeurs d'infusion de tilleul ou de feuilles d'eucalyptus qu'on répétera quatre ou cinq fois par jour pendant cinq à dix minutes chaque fois. Dans l'intervalle des fumigations, nous faisons mettre dans chaque narine et aspirer de petites quantités de vaseline boriquée au dixième. Chez les jeunes enfants, nous substituons à ce traitement, inapplicable à cet âge, des instillations d'huile mentholée au cinquantième à la dose de 2 ou 3 gouttes, dans chaque narine, quatre ou cinq fois par jour. Les applications révulsives autour du cou, ou bien aux membres inférieurs, rendent des services.

Lorsque l'otalgie est violente, nous faisons instiller dans le conduit auditif externe quelques gouttes de glycérine phéniquée au quinzième, préalablement tiédie ; à cette solution glycérinée on peut ajouter quelques gouttes de teinture de belladone.

Une fois la poussée inflammatoire calmée, il faut en prévenir le retour, en assurant l'antisepsie du nez, du pharynx et de la bouche par les moyens habituels (pommades et gargarismes antiseptiques, soins des dents). Mais bien souvent ces moyens, qui ne sont aptes qu'à créer une antisepsie de surface, resteront impuissants, l'amygdale pharyngée renfermant en elle-même, dans la profondeur de ses récessus, les microbes provocateurs de l'adénoïdite récidivante ; il faudra alors enlever cette amygdale, hypertrophiée ou non, faire un curettage du pharynx nasal : c'est le meilleur moyen de prévenir ou d'atténuer les complications auriculaires, le principal danger de l'adénoïdite, de même qu'en cas de métrite le curettage prévient ou atténue les complications-salpingo-ovariennes ; dans les deux cas l'intervention chirurgicale a pour but et pour effet de parer aux dangers de l'infection ascendante.

Dr Maurice Boulay,
ancien interne des hôpitaux

PRATIQUE OTOLOGIQUE

Indications et technique des injections auriculaires.

Sous peine d'être inefficaces ou même nuisibles, il est indispensable de connaître la technique et les indications des lavages de l'oreille, qui rendent tant de services, en otothérapie. Trop souvent encore, actuellement, on voit des praticiens prescrire cette médication chez tout patient se plaignant d'affection otique, sans se rendre exactement compte, combien il est parfaitement inutile de laver le tympan d'un malade atteint d'obstruction tubaire ou de sclérose.

Comment agit l'injection auriculaire et que doit-on en attendre ?

Elle nettoie les surfaces qu'elle atteint et pas autre chose. Elle rejette généralement au dehors tout ce qui s'y est accumulé d'anormal. Son action topique est d'ailleurs illusoire, étant donné le très faible séjour du liquide dans l'oreille et le danger qu'il y a d'employer ainsi, larga manu, des substances actives.

L'irrigation est donc toujours indiquée chaque fois qu'un produit pathologique quelconque se trouve dans les cavités accessibles de l'organe, caisse du tympan et conduit auditif, tels le pus des inflammations aiguës et chroniques, les différents corps étrangers et le bouchon de cérumen.

En ce qui concerne l'oreille moyenne, l'opération par le conduit ne peut être active que si le tympan est perforé, sinon le liquide n'arrive pas sur les points malades. Aussi, n'est-il rationnel de la formuler que dans les otites suppurées, après ouverture spontanée ou artificielle de la membrane tympanique, dans les otorrhées chroniques et dans les corps étrangers de la caisse.

Toutes les fois que l'on verra du pus apparaître au méat, l'indication est formelle ; les autres cas nécessitent l'examen méthodique de la région, absolument nécessaire pour savoir si ce procédé thérapeutique doit être prescrit ou rejeté, d'autant que le diagnostic permet d'établir la façon dont le lavage sera fait, simple ou forcé, suivant que l'on a affaire à des sécrétions liquides ou à un corps étranger.

Occupons-nous d'abord de l'injection ordinaire simple, la plus commune, celle qui est destinée à chasser le pus d'une otorrhée, par exemple.

Elle demande l'emploi d'une seringue et d'un vase destiné à recevoir le liquide évacué au dehors.

La forme et la construction de la seringue ont, en elles-mêmes, peu d'importance, à condition que celle ci, d'ailleurs, puisse facilement être tenue propre et aseptique.

On peut utiliser également le siphon de Weber. La partie essentielle de l'instrument est son embout qu'il faut introduire assez profondément et sans blesser l'organe : un tube conique, en caoutchouc mou, remplit à merveille ces conditions.

Lorsque l'opération est confiée aux soins du malade, on doit bien lui signaler cette dernière circonstance et même ne pas négliger de lui recommander l'usage d'une petite poire entièrement en caoutchouc. En tout cas, proscrire les seringues en verre, dites uréthrales, encore si répandues, qui nettoient insuffisamment et peuvent se briser.

Un récipient quelconque, un vase réniforme, si on en possède à sa disposition, sera utilement placé au-dessous du lobule de l'oreille et appliqué assez fermement sur la face.

Alors, l'irrigateur étant rempli de liquide, redresser, avec attention le conduit, en exerçant des tractions en haut et en arrière sur la conque, et introduire l'embout dans le méat que l'on dépasse de un centimètre environ. Pousser ensuite doucement l'injection de façon à faire passer ainsi une quantité de solution variable, d'un verre à un litre en moyenne.

La manœuvre doit être lente ; quant à la canule, elle sera dirigée sur une paroi quelconque

ou suivant l'axe du conduit, la percussion n'étant pas à craindre, puisque la pression est toujours faible.

Quel liquide faut-il employer ?

Nous avons dit, plus haut, que l'irrigation auriculaire ne devait et même ne pouvait jamais servir qu'à laver. Tout effet topique, modificateur ou antiseptique, doit être ordinairement recherché par les instillations beaucoup plus efficaces.

Aussi, il ne faut attacher qu'une faible importance à la composition du liquide, à la condition qu'il soit aseptique et non irritant. L'eau bouillie suffira dans la majorité des cas, l'essentiel étant de bien faire l'irrigation. Cependant, il est sans inconvénient d'y ajouter certains médicaments inoffensifs, l'acide borique, par exemple ; quant aux préparations plus énergiques, phénosalyl, sublimé, etc., le mieux est certainement de les utiliser en bains.

La température de l'eau a toujours, elle aussi, son intérêt. D'ailleurs, il est un principe, en otologie, dont on ne doit pas se départir : ne jamais introduire de substances froides dans l'appareil auditif. Par conséquent, il faut toujours se servir de pansements tièdes, plutôt chauds.

Telles seront les règles qui devront présider au lavage simple.

Ce lavage peut-il avoir des inconvénients et observe-t-on des accidents à sa suite ?

Oui, quelquefois, assez souvent même, lorsqu'il est mal fait ; très exceptionnellement dans le cas contraire.

Il peut, en effet, provoquer soit des accès de toux par irritation des filets du pneumogastrique qui se rendent au conduit (toux auriculaire), soit des bourdonnements, des vertiges et des céphalées.

Dans la majorité des circonstances, ces accidents se produisent si l'on a poussé le piston de la seringue trop rapidement ou brutalement, ou si l'on a employé de l'eau froide. Dans le premier cas, il convient alors de redoubler de lenteur pendant l'opération et dans le second de bien veiller à la température du liquide.

Quelquefois, cependant, ils tiennent à l'état de l'organe, à la présence de polypes, par exemple, qui viennent comprimer l'étrier, lorsque l'injection les repousse dans la caisse.

Il existe deux autres procédés assez répandus, dont nous voulons seulement signaler l'existence : le lavage par la trompe qui consiste à faire passer la solution par un cathéter tubaire et celui de la coupole sus-tympanique employé dans les suppurations de cette cavité. Ils sont plutôt du domaine du spécialiste.

A l'irrigation douce, dont nous venons de parler, s'oppose l'injection dite forcée, qui a pour but de chasser au dehors un corps étranger ou un bouchon de cérumen. Sa technique est la même que celle établie précédemment, avec cette différence que la manœuvre doit être faite avec force et rapidité.

Ici, bien entendu, il faut une grande seringue, à piston de préférence, et l'intervention doit être confiée au médecin lui-même.

Les classiques recommandent de faire suivre au liquide et d'appliquer l'embout sur la paroi postéro-supérieure. Nous sommes personnellement plus éclectiques et pratiquement nous croyons plus utile de conseiller toutes les parois, mais il faut suivre l'une d'elles et non pas l'axe du conduit.

Si la première ne donne pas le résultat demandé, ne pas y insister outre mesure et quelquefois, on sera tout étonné de voir l'opération réussir immédiatement sur une autre paroi.

Docteur P. LACROIX.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Sociétés de secours mutuels.

La lutte entre ces sociétés et le corps médical, qui ne veut plus être exploité par elles, se poursuit un peu partout.

Le Syndicat Borain, en Belgique, qui avait déjà décidé qu'il n'y avait plus lieu d'accorder de tarifs de faveur aux mutuellistes, tout en admettant que les médecins pourraient continuer à leur délivrer des certificats, vient d'adresser aux Présidents des sociétés de secours mutuels la circulaire suivante :

SYNDICAT MÉDICAL BORAIN — *Mons, le* 10 *Octobre* 1896.

Monsieur le Président de la Société de Secours mutuels,

Nous avons l'honneur de vous informer que le Syndicat médical borain, comprenant l'unanimité des médecins du Borinage, a fixé comme suit la ligne de conduite uniforme à tenir envers toutes les Sociétés de Secours mutuels de la région :

1° Aucun médecin du Syndicat n'acceptera plus de traiter les membres de ces sociétés selon un tarif de faveur quelconque ; ceux-ci auront à payer les honoraires des médecins aux conditions ordinaires du tarif en vigueur dans la région, et dont un exemplaire vous parviendra sur simple demande.

2° Les membres du Syndicat continueront à délivrer les certificats d'admission dans votre société, mais sous certaines réserves : ces certificats pourront être délivrés par tous les médecins de votre localité indistinctement. Ils seront payés comptant par le postulant, même s'il a la gratuité des soins médicaux ; le prix en sera fixé en tenant compte de sa position sociale et de la durée de l'examen, avec toutefois un minimum de deux francs pour les ouvriers.

Enfin, ils seront délivrés après examen sommaire et sans qu'il puisse en résulter pour le médecin aucun préjudice dans l'avenir ; ces dernières conditions seront mentionnées dans une formule spéciale imprimée, que le postulant remettra au médecin au moment de l'examen.

3° Chaque malade sera muni d'un bulletin spécial, sur lequel le médecin indiquera les dates de ses visites et les observations qu'il croirait devoir ajouter. Chacun de ces bulletins, qui engagent fatalement la responsabilité du médecin, lui sera payé cinquante centimes à la fin de l'année.

Nous espérons que votre Société voudra tenir bonne note de ces décisions et leur donner la suite qu'elles comportent. Elles entreront en vigueur le 1er janvier 1897 ; à partir de cette date, les conventions que vous auriez conclues antérieurement avec des membres du Syndicat, cesseront leurs effets. Les médecins de votre commune ou une délégation du Conseil d'administration de notre Syndicat, se tiendront à votre disposition pour les renseignements complémentaires que vous désireriez obtenir.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'assurance de notre parfaite considération.

(LE CONSEIL D'ADMINISTRATION.)

Compagnies d'assurances-accidents.

Le même Syndicat Borain, abordant la question des Compagnies d'assurances contre les accidents, a adopté, à l'unanimité, le projet de convention que nous reproduisons plus loin et qu'il a adressé à toutes les Compagnies qui ont des assurés dans le Borinage avec la circulaire suivante :

SYNDICAT MÉDICAL BORAIN — *Mons, le* 10 *Octobre* 1896.

Monsieur le Directeur de la Compagnie d'Assurances-Accidents,

Nous avons l'honneur de vous informer que le Syndicat médical borain, qui comprend l'unanimité des Médecins du Borinage, a décidé de proposer à toutes les Compagnies d'Assurances contre les Accidents la convention que vous trouverez d'autre part.

Cette convention est suffisamment expliquée dans le rapport qui y a donné lieu et que vous recevrez par ce même courrier. Elle a pour but de supprimer toutes les contestations qui sont si fréquentes aujourd'hui, tant entre les médecins et les industriels, qu'entre ceux-ci et les Compagnies, au sujet des honoraires, qui sont légitimement dus aux médecins : elle établit une ligne de conduite uniforme, qui ne peut léser en rien les intérêts des parties en cause.

En effet, ces honoraires seront calculés d'après le tarif ordinaire applicable à tous les ouvriers de notre région et qui vous sera soumis sous peu, comme aussi à tous vos assurés. Que notre débiteur (ouvrier ou industriel) nous les paie directement de sa poche, ou par une retenue équivalente qui sera faite sur l'indemnité qui lui est due, cela revient au même.

Votre Compagnie n'interviendra que pour assurer aux médecins le paiement de leurs honoraires ; et elle y trouve son profit, puisque nous lui faisons abandon d'une partie de notre dû, en compensation du service qu'elle nous rend ; telle est la portée de l'article IX de la Convention, qui pourrait, si vous le désiriez, faire l'objet d'un accord spécial.

Nous attirons, d'autre part, votre attention sur l'article VIII qui rendra impossible dans le Borinage l'existence des sociétés d'assurances qui n'auraient pas adhéré à cette Convention, et qui fera que celle-ci sera tout à l'avantage des Compagnies qui l'auront acceptée.

Nous espérons recevoir votre réponse dans le plus bref délai possible, avec les observations que vous croiriez devoir nous faire.

Une délégation de notre Conseil d'administration se tiendra à la disposition du délégué que vous voudrez envoyer au siège de notre Syndicat ou à un autre rendez-vous que nous vous fixerions, pour lui fournir les renseignements complémentaires que vous voudriez obtenir.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur, l'assurance de notre parfaite considération.

(Le Conseil d'administration.)

Projet de traité.

Entre la Compagnie d'Assurances contre les Accidents............. et les membres du Syndicat médical borain, est intervenue la convention suivante :

Article premier. — Les honoraires des médecins pour soins donnés aux ouvriers assurés par cette Compagnie, en cas d'accident donnant lieu à une indemnité, sont à la charge de la Compagnie ; ils seront payés intégralement par celle-ci, d'après le tarif ordinaire en vigueur dans la région, après la guérison ou la mort du blessé, et avant le règlement de compte.

La Compagnie se réserve le droit de se dédommager de ces frais d'honoraires, soit au moyen de surprimes, soit en les retenant directement sur l'indemnité qu'elle alloue pour chaque sinistre.

Art. II. — Les médecins spéciaux seront supprimés dans le Borinage : Tous les membres du Syndicat sont mis sur le même pied.

Les contrats antérieurs qui existeraient entre ceux-ci et la Compagnie sont annulés par la présente convention.

Art. III. — Le médecin traitant, que l'industriel ou l'ouvrier aura choisi, délivrera les certificats de constatation d'accident, de guérison ou de mort et tous autres que la Compagnie croirait utile d'obtenir dans le cours du traitement, et ce dans le plus bref délai possible.

Art. IV. — Il sera alloué à chaque médecin, pour chaque certificat délivré, une somme nette de trois francs, aux frais de la Compagnie, et payable en même temps que les honoraires pour soins donnés dans le cours du traitement.

Art. V. — Le médecin traitant se tiendra à la disposition du médecin que la Compagnie voudra lui adjoindre comme consultant ; autant que possible celui-ci sera choisi parmi les médecins voisins qui font partie du Syndicat borain.

Il sera alloué à chacun d'eux le prix d'une consultation, aux tarifs et conditions du Syndicat borain, payable par la Compagnie, comme il est dit pour les certificats.

Art. VI. — L'article précédent ne s'applique qu'aux consultations que la Compagnie voudrait obtenir dans le cours du traitement.

Dans le cas où le médecin traitant, l'industriel ou le blessé demanderaient eux-mêmes la consultation, celle-ci se ferait avec le médecin de leur choix, et la Compagnie n'aurait d'autre obligation envers les médecins intéressés que celle prescrite à l'article 1er.

Il en est de même pour les médecins qui aideraient le médecin traitant dans toute opération nécessitée par l'accident.

Art. VII. — La présente convention prendra cours le 1er janvier 1897 ; un exemplaire en sera remis à tous les industriels assurés du Borinage, ainsi qu'un extrait du Tarif des honoraires du Syndicat médical borain.

Art. VIII. — Tous les membres du Syndicat borain s'engagent à ne plus délivrer aucun certificat pour les Compagnies d'assurances qui n'auraient pas adhéré à cette convention et à ne plus avoir de rapports avec elles.

Art. IX. — En compensation à l'adhésion de cette convention et de la garantie des honoraires que la Compagnie leur accorde, les membres du Syndicat borain laisseront *un quinzième* de ces honoraires à la Caisse de la Compagnie, *lorsque ceux-ci seront supérieurs à quinze francs.*

Fait en double à Mons, le..................
Pour le Sydicat médical borain..................
Pour la Compagnie d'Assurances...........

Toutes ces décisions que vient de prendre le Syndicat médical borain sont de la plus grande importance ; elles pourront contribuer puissamment à améliorer la position des médecins borains, mais à une condition seulement, c'est que chacun veuille bien se convaincre de l'utilité et de la *réalisation facile* des mesures qui ont été décidées. Il faut qu'au travail d'ensemble qu'a fait le Conseil d'administration succède, et sans retard, le travail individuel de tous les syndiqués dans leur sphère spéciale.

Le Secrétaire,
Dr Jos. Tonneau.

(*Annales médico-chirurgicales du Hainaut.*)

Prévoyance médicale.— Compagnies d'assurances. — Association amicale.

Un jour le Docteur X..., ayant à soigner son fils gravement malade, et à lui ouvrir un abcès se blessa par mégarde avec son bistouri. Il crut la blessure insignifiante et ne s'en inquiéta guère plus, au point de vue médical, qu'au point de vue prévoyance — il était assuré à une Compagnie d'assurances contre les accidents — mais, au bout d'un mois environ, il fut pris d'accidents pulmonaires d'origine infectieuse et dut cesser ses fonctions médicales.

Il réclama alors à la Compagnie à laquelle il était assuré ; celle-ci refusa de payer, alléguant que plusieurs semaines s'étaient écoulées entre l'accident initial et la déclaration imposée par le contrat.

Notre confrère attaqua la Compagnie devant le Tribunal de Commerce, mais celui-ci donna gain de cause à la Compagnie d'assurances, déclarant :

Qu'il ressort de la déclaration faite par X... à la Compagnie, à la date du 16 mai 1894, que les accidents dont il prétend avoir été victime se seraient produits dans le courant des mois de mars et d'avril ;

Attendu — ajoute le jugement — que des conditions sus-relatées de la police, il appert que les déclarations d'accidents doivent être faites dans le délai maximum de 8 jours ;

Qu'en raison de la profession de médecin qu'il exerce et aussi de la situation de médecin de Compagnie d'assurances qu'il a occupée pendant plusieurs années, X... ne pouvait ignorer la valeur des clauses de la police qu'il avait contractée, non plus que la nature et la gravité du mal dont il prétend avoir été atteint ;

Qu'en n'avisant la Compagnie qu'à la date du 16 mai, soit un long temps après l'expiration des délais, il a non seulement manqué aux obligations qui lui incombaient, mais encore retiré à la Compagnie tout moyen de contrôler la réalité des accidents signalés par lui ;

Que, dans ces conditions, il y a lieu de déclarer X... déchu de ses droits à l'encontre de la Compagnie et par suite de repousser sa demande comme non recevable.

Le Dr X... alla en appel, et, devant la Cour, son avocat invoqua en vain un arrêt de la Cour de Toulouse affirmant « que l'obligation de déclarer un accident n'est faite à l'assuré que lorsqu'il est certain que cet accident pourra engager la compagnie ; que, dès lors, l'accident dont a été victime le Dr X... n'ayant pas tout d'abord présenté un caractère grave et n'ayant produit au contraire qu'une douleur momentanée, vite dissipée, il n'était pas nécessaire de le dénoncer à la Compagnie alors que, dès le lendemain, X... était persuadé qu'il n'aurait pas de suite » — le Dr X... fut déclaré non recevable en son appel.

La Cour,

Adoptant les motifs des premiers juges ;

Considérant, en outre, que le délai de huitaine court du jour même de l'accident, c'est-à-dire du jour du coup, de la blessure, de la piqûre reçue par l'assuré, et non du jour où une complication inattendue, vient aggraver le mal originaire ;

Considérant, d'autre part, que si la Zurich a, aussitôt après l'avis transmis par X..., envoyé chez celui-ci son médecin et l'a chargé de le visiter, elle ne l'a fait que pour constater l'état des blessures alléguées, et vérifier les déclarations de l'assuré ; mais que cette simple démarche ne saurait être considérée comme une renonciation à invoquer la déchéance dont s'agit, et que la Compagnie, la Zurich s'est prévalue de cette déchéance aussitôt qu'elle a connu exactement la date des piqûres dont se plaignait X... ;

Considérant, enfin, que la déchéance étant admise, il n'y a lieu d'ordonner une expertise pour chercher l'état de l'appelant ;

Par ces motifs confirme.

Il est évident qu'en droit strict notre confrère devait succomber.

Les arguments donnés dans la *Médecine moderne* par le Dr Helme et dans la *Gazette Hebdomadaire* par le Dr Lereboullet, sont absolument convaincants.

Il n'en est pas moins regrettable qu'un médecin, qui croyait avoir fait œuvre de prévoyance, en signant un contrat avec une Compagnie d'assurances, se voie, le jour où un accident lui arrive, opposer un texte auquel il n'a pas accordé grande attention — à tort c'est entendu — et privé de l'indemnité à laquelle il croyait avoir le droit le plus légitime.

Et c'est alors que nous disons au Dr X... :

Cher confrère, si, au lieu d'avoir signé un contrat avec une Compagnie, dont les actionnaires ne songent qu'à tirer tout le bénéfice possible, et pour lesquels, le chiffre du dividende futur prime toutes autres considérations, vous aviez adhéré à une œuvre confraternelle telle que l'*Association Amicale des Médecins Français*, vous n'auriez pas été privé de votre indemnité, et vous n'auriez pas payé en vain des cotisations assez élevées — de plus vous auriez fait œuvre de bonne confraternité et de solidarité médicale, en aidant des confrères qui auraient pu se trouver dans la même situation que vous.

Evidemment, à l'Association Amicale comme ailleurs, il faut de l'ordre, mais le pis qui aurait pu vous arriver aurait été de vous voir refuser l'indemnité pour la période antérieure à votre déclaration — pénalité peu grave sans doute, puisque vous-même ne vous tourmentiez pas à ce moment — vous n'auriez à coup sûr, pour obtenir ce qui vous aurait été légitimement dû, pas eu besoin d'aller devant les tribunaux... et vous n'auriez pas eu à supporter les frais de votre condamnation.

Quand donc ces exemples seront-ils compris de tous ?

Quand donc, les médecins comprendront-ils qu'il est de leur devoir de faire acte de prévoyance intelligente en se groupant entre eux, qu'ils ont tout avantage, tout intérêt à fortifier de leur adhésion les œuvres confraternelles déjà fondées, telles que l'Association Amicale ou la Caisse des pensions de retraites ?

Quand donc enfin, ceux que nous avons convaincus, cesseront-ils de remettre à plus tard ce qu'ils peuvent faire aujourd'hui ?

Dr A. GASSOT.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat départemental des médecins de la Vendée.

27 *juillet* 1896.

Présents : MM. Filaudeau, père, *Président* ; Barbanneau, Billaud, Billiotte, Bousseau, Chasles, Coquaud, Davillé, de Saint-Michel-en-l'Herm, Davillé, de la Caillère, Dodin, Epron, Filaudeau

fils, Fillon, Fleury, Gaston, Gaudin, Gourmaud, Jagueneau, Joffrion, Jouitteau, Joubert, Joussemet, Logeais, Maigre, Maugard, Meunier, Mignen, Nicoleau, Pacaud, Pépin, Poirault, Piveteau, Serpt, Terrien, Thébault, Vaton.

MM. Riou, *de Challans*; Jouitteau, *de Saint-Laurent-sur-Sèvre*; Mignen, *des Essarts*; Gustin, *de Noirmoutier*, sont admis à l'unanimité des membres présents.

Après les comptes rendus du secrétaire et du trésorier, le Président prend alors la parole sur la question d'assistance.

Assistance médicale gratuite.

Permettez-moi de vous dire seulement quelques mots sur l'état actuel du service médical gratuit des indigents dans le département de la Vendée.

En 1895, 67 médecins seulement sur environ 140, qui exercent dans le département, avaient envoyé leur adhésion à la Préfecture.

Le trop fameux article 15, le bas-prix du tarif, non moins que l'obligation pour le médecin ayant adhéré, de répondre à l'appel de l'indigent malade, étaient cause des nombreuses abstentions qu'on constatait.

A la session d'août 1895, le Conseil général modifia l'article 15 dans la partie relative au corps médical, et termina sa discussion sur cette question par l'adoption d'un amendement dû à M. Guillemet et ainsi conçu :

« Dans le cas où le crédit porté au budget pour « l'assistance médicale (soit 54,000 francs) serait dé- « passé, le montant des honoraires des médecins « serait réduit proportionnellement au nombre des « visites sans que cette réduction puisse dépasser « 20 % du tarif. »

M. le Préfet objecta que cette proposition était aussi contraire à l'esprit de la loi que la limitation inscrite dans l'article 15 qu'il avait déjà combattu ; que le Conseil général avait le droit de diminuer la dépense en réduisant le tarif, mais que du moment où le tarif était accepté, la dépense totale restait obligatoire, et conséquemment que les mémoires rédigés en conformité de ces tarifs, ne devaient subir aucune réduction ; qu'ils devaient être et seraient payés intégralement.

En présence de ce conflit existant entre le Conseil général et M. le Préfet, il nous était difficile de prendre une décision définitive et, le 21 septembre 1895, dans notre réunion générale, nous nous arrêtâmes à la conclusion suivante :

« Par esprit d'extrême conciliation, les médecins « consentent à la réduction de 1 fr. 50 à 1 fr. comme « prix de la visite, maintiennent la consultation à « 1 fr., le tarif kilométrique à 0 fr. 50 (retour non « compris et indépendamment du prix de la visite) ; « demandent le paiement des opérations et refusent « la réduction et l'obligation. »

Malgré cette déclaration, soit que l'amendement Guillemet ait plu à certains confrères, soit plutôt qu'ils aient foi dans les déclarations de M. le Préfet, soit qu'ils aient obéi à d'autres mobiles que j'ignore, quelques nouvelles adhésions, — 17 je crois — arrivèrent à la Préfecture en fin d'année ; quelques-unes, il est vrai, à titre d'essai et sans engagement ferme ; si bien qu'aujourd'hui le nombre des médecins ayant adhéré se trouve être 84 ou 85.

Nous sommes donc bien obligés de constater, Messieurs et chers Confrères, que depuis notre dernière réunion la question a marché.

1° Le nombre des adhésions va croissant ;

2° L'article 15 n'existe plus pour ce qui est relatif au corps médical ;

3° L'amendement Guillemet est un enfant mort-né ; car nous avons l'assurance de M. le Préfet que les mémoires, établis d'après les chiffres du tarif, seront payés intégralement, sans réduction.

Dans ces conditions, quelle doit être notre ligne de conduite ? Devons-nous persister dans nos déclarations de l'an dernier, ou modifier notre manière de voir ? Certes, il nous est pénible d'accepter la consultation à 0 fr. 50 et de renoncer au paiement des opérations. Mais, reconnaissons que, dans l'état actuel, nous ne pouvons, par notre abstention, obtenir aucune modification sur ces points ; appelés par 87 Confrères, faisons taire nos justes revendications.

Nous nous préoccupons beaucoup plus de l'obligation faite au médecin adhérent, de répondre à l'appel de l'indigent.

De tout temps, nous y avons répondu, quand cet appel était fait en termes polis et convenables, alors même que nous avions l'assurance que nos soins étaient absolument gratuits.

Pouvait-on craindre notre abstention quand on nous promettait une rémunération ? Pourquoi alors ce 2e paragraphe de l'article 2 ? Il est blessant, et n'était pas nécessaire ; nous nous serions fait nous mêmes, sans qu'on nous le demandât, une obligation de répondre dans la limite du possible, à la requête de l'indigent souffrant. Mais nous tenons à notre indépendance, et il nous répugne que cette obligation figure dans le règlement. Nous demandons donc sa suppression, parce que nous ne voulons pas que l'indigent soit autorisé à être exigeant à notre égard ; qu'il pense, fort de cette obligation, être en droit de tenir ce propos que nous avons entendu jadis : « Il faudra bien qu'il vienne puis- « qu'il est payé pour voir les malheureux. »

Messieurs et Chers Confrères, soucieux de vos intérêts et de votre dignité professionnels, votre bureau se trouve dans une situation fort perplexe.

Toutefois, en présence de 87 adhésions qui existent et des déclarations formelles de M. le Préfet, après mûres réflexions, nous sommes d'avis qu'il y a lieu de « modifier notre attitude, tout en faisant « nos réserves au point de vue de l'obligation, et « nous vous engageons à donner votre adhésion, « non pas d'une façon ferme et définitive, mais tem- « poraire et conditionnelle ».

Plusieurs membres prennent la parole et discutent les propositions du bureau. En fin de compte, l'Assemblée, à la majorité, adopte la solution suivante :

Adhésion personnelle avec réserve sur l'obligation et refus d'accepter toute réduction quelle qu'elle soit.

En conséquence, chaque membre demeure libre d'adhérer dans tels termes qu'il jugera convenable ; si cet essai loyal de la part des membres du Syndicat ne leur donne pas satisfaction, le Bureau reprendra la question et la soumettra de nouveau aux délibérations de l'Assemblée.

M. Dodin propose qu'on demande à M. le Préfet qu'un délégué des membres du Syndicat soit appelé à faire partie de la Commission de revision des comptes de l'Assistance médicale.

Cette proposition est adoptée, et M. Dodin lui-même est désigné pour remplir cet office, au cas où M. le Préfet accepterait cette requête. Le bureau est chargé de faire les démarches nécessaires en ce cas.

M. Gaston, de Vairé, demande qu'on s'occupe de la question des prix trop infimes des médicaments pour l'Assistance médicale. Le tarif adopté est tel que les pharmaciens eux-mêmes peuvent à peine s'en contenter ; que sera-ce des médecins qui, forcément, paient leurs médicaments plus chers que les pharmaciens. Il y a là une question grave pour les médecins-pharmaciens.

Plusieurs membres s'opposent à ce que la question soit discutée en Assemblée générale : il y a incompatibilité avec les fonctions d'un syndicat médical, qui ne peut s'occuper que des

questions intéressant la pratique de la médecine. Mais, pour donner satisfaction à M. Gaston, le Bureau déclare qu'il s'occupera de la réclamation et en fera part à qui de droit.

Tarifs médicaux pour coups et blessures.

L'Assemblée se rallie à la proposition du Docteur MIGNEN.

« Adopter le tarif de 5 fr. comme tarif minimum, en faisant subir à ce tarif toutes les augmentations que les circonstances indiqueront, et dont chaque médecin reste seul juge. »

Questions de prévoyance.

Un médecin de la Vendée, étant mort laissant une veuve et des enfants dans une situation précaire, le syndicat est invité à venir en aide à cette malheureuse famille.

Après discussion, par 26 voix contre 9, l'Assemblée générale décide qu'il n'y a pas lieu, pour le Syndicat, de s'immiscer dans les questions d'assistance envers les confrères qui lui sont étrangers, laissant aux associations de bienfaisance le soin de s'occuper de ces misères. Mais, aussitôt sur la proposition de MM. BARBANNEAU et PÉPIN, une souscription est ouverte entre les Membres présents et il est décidé, en outre, qu'un appel sera fait à tous les membres syndiqués absents pour apporter leur obole qu'ils adresseront au Trésorier, M. PÉPIN, docteur à Montournais. Une fois les fonds centralisés, ils seront remis entre les mains de la veuve par les soins du Trésorier.

A ce moment, M. MIGNEN prend la parole :

Le malheur dont on vient de vous entretenir, les luttes et les déboires qui ont accompagné l'existence de notre Confrère défunt, ne sont-ils pas les meilleurs arguments à produire en faveur des associations de prévoyance ? N'est-ce pas là démonstration éclatante de leur utilité ? Supposez que notre Confrère ait eu la sagesse de faire partie de *l'Association amicale des Médecins pour indemnité-maladie*, supposez qu'il se soit inscrit à la *Caisse des retraites des Médecins* ; n'avait-il pas alors garanti lui-même et les siens contre les coups de la fortune ! L'indemnité-maladie lui assurait des secours efficaces, durables, pendant les jours de souffrance ; et cela, sans faire appel à la charité des autres ; par sa prévoyance il se créait un droit au lieu de recourir à une sorte d'aumône : n'était-ce pas plus digne et... plus sûr ! La caisse des retraites lui ouvrait d'autres horizons : s'il arrivait à soixante ans, avant que la mort eût songé à lui, il pouvait se reposer quelque peu en se procurant une rente viagère de 1,200 ou 2,400 fr. qui eût résulté en somme de ses économies et qui n'eût été que le fruit de ses labeurs ; encore là, il mettait la prévoyance à la place de l'incurie, le droit à la place de la charité ; n'était-ce pas la voie la meilleure ? et en mourant avant l'heure, sa veuve eût trouvé dans la caisse des retraites un secours immédiat et efficace.

C'est à la suite de pareilles misères qu'il est nécessaire de songer à l'avenir, de songer à le rendre moins cruel pour soi et pour les siens. Aussi, mes chers Confrères, veuillez réfléchir à l'utilité des Associations de prévoyance médicales, et dès que vous aurez pris une décision, adressez-vous à l'Association amicale des médecins pour l'indemnité-maladie et à la Caisse des retraites des médecins français, pour la vieillesse ; ce faisant, vous aurez accompli un devoir et, de plus,.. fait une bonne action.

Bureau.

A l'unanimité des membres présents, les membres sortants sont réélus, malgré leur demande d'être remplacés par des membres nouveaux ; le Président adresse quelques mots de remerciement au nom de ses collègues du Bureau.

L'Assemblée désigne pour son délégué à l'Union des Syndicats, M. le docteur Mignen.

Syndicat des médecins de la région de Cognac.

25 *juin* 1896.

Présents : MM. Jannet, *Président*, Boguier, Boraud, Ganivet, Gaultier, Gayraud, Georgeron, Joubert, Martin, Papin, Pellisson, Sallées et Thomas.

Excusés : MM. Bourgeois et Monjon.

Le Président souhaite la bienvenue aux nouveaux membres et montre l'utilité des *Syndicats médicaux*, en insistant sur ces points : avantages pour les clients, avantages pour les médecins.

« Dans nos consultations d'aujourd'hui, l'émulation la plus belle et la plus louable a remplacé les rivalités d'autrefois. Les consultations sont recherchées comme une occasion de se voir, de s'instruire, d'échanger des idées, d'augmenter son expérience en y ajoutant celle d'autrui. Or, de cette agitation féconde le malade retire un double profit : d'abord un avantage direct, puisque son cas est étudié à fond, avec le même intérêt de part et d'autre, et ensuite un avantage indirect provenant de l'expérience acquise dans les consultations antérieures. Il en est de même pour la pratique des opérations... Si nous obtenons de beaux résultats dans nos opérations, nous les devons surtout à cette belle entente qui fait l'admiration de tous nos voisins. Si nous avons de l'audace parfois, c'est que nous savons pouvoir trouver parmi nos confrères, non pas des rivaux, non pas des émules, non pas des aides (le sens de ce mot est trop étroit), mais des collaborateurs, mieux encore, des coopérateurs. »

Le Président parle ensuite des relations du Syndicat avec les Sociétés de secours mutuels et déplore l'échec subi dans la lutte avec l'Administration au point de vue de l'assistance médicale.

« L'Administration, c'est-à-dire le Conseil général, plus M. le préfet, en use envers nous avec un sans-gêne absolu, et par malheur ce n'est pas nous qui en pâtissons, car il serait bien préférable qu'il en fut ainsi. »

« La question du recouvrement des honoraires a fait un grand pas. Les événements, souvent plus forts que les institutions, nous ont clairement démontré :

» 1° L'inutilité absolue d'un agent de recouvrement ;

» 2° L'efficacité non moins absolue du livre noir. »

(*Défense médicale de Bordeaux.*)

REPORTAGE MÉDICAL

Cours pratique d'hypnotisme et de psychothérapie.— M. le Dr Bérillon, médecin-inspecteur adjoint des asiles publics d'aliénés, commencera le jeudi 3 décembre, à 10 heures et demie, à sa clinique, 49, rue Saint-André-des-Arts, un cours pratique *sur les applications de l'hypnotisme au traitement des maladies nerveuses et à la pédagogie.*

Il se continuera les jeudis suivants, à dix heures et demie.

— *Cours et conférences du semestre d'hiver* 1896-97 *à l'Institut psycho-physiologique, 49, rue Saint-André-des-Arts, 49. Conférences.* — Jeudi 26 novembre, à cinq heures, M. le Dr Bérillon, inspecteur adjoint des asiles publics d'aliénés, fera une conférence sur : *Les applications de l'hypnotisme à la thérapeutique générale.*

Jeudi 3 décembre, à cinq heures, M. le Dr P. Valentin fera une conférence sur : *Le rôle du sommeil dans les cures psychothérapiques : Les états passifs.*

— *Contre l'usage du tabac.* — L'université de Boston a récemment pris la décision de rayer de ses listes les étudiants, qui ne voudraient pas renoncer à l'usage du tabac. — Ce renseignement, que nous empruntons à la *Gazette médicale de Liége*, prête à bien des réflexions. Petit moyen peut donner grands résultats, et, avec un peu de goût pour les procédés autoritaires, on trouverait là une solution partielle du problème si complexe de l'encombrement professionnel.

Il paraît que l'Université américaine a pris cette mesure après avoir constaté l'effet, par comparaison, du tabac à fumer sur les étudiants, qui avaient l'habitude d'en user.

— *Les étudiants en médecine franco-canadiens.* — Le ministre de l'instruction publique a décidé que les jeunes Canadiens, d'origine française, seraient admis avec dispense du baccalauréat à s'inscrire à la Faculté des sciences de l'Université de Paris, en vue du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et s'ils obtiennent ce titre, à la Faculté de médecine, en vue des études médicales.

— *Réorganisation de l'enseignement de la médecine.* — Sur l'initiative du docteur P. Archambaud, une commission vient de se constituer pour établir un projet de réorganisation de l'enseignement de la médecine en France, projet qui sera soumis aux diverses Sociétés médicales, et que M. le docteur Chassaing, député de Paris, a pris l'engagement de proposer aux délibérations du Parlement. Cette commission est ainsi formée : MM. Goureau, président : Bilhaut, vice-président ; Chassaing, Bérillon, Foveau de Courmelles, Lagelouze et Archambaud.

— *Journalistique.* — Nous nous empressons de souhaiter la bienvenue à deux journaux de province la *Gazette médicale du Centre*, publiée à Tours, et la *Fédération médicale*, de Toulouse, qui donnent aux intérêts professionnels une large place dans leur programme.

— *Le Jubilé Théophile Roussel.* — Le Dr Théophile Roussel vient d'entrer dans sa quatre-vingt-unième année ; à cette occasion, comme nous l'avons déjà annoncé dans un précédent numéro, les diverses sociétés dont il fait partie, ont pris l'initiative de fêter dignement le jubilé de cet éminent philanthrope. Nous indiquerons, dans notre prochain numéro, les noms des membres du Comité d'organisation. En attendant, ceux qui désirent souscrire, sont priés d'adresser leurs souscriptions à M. le Dr Kortz, trésorier de l'Œuvre des petits infirmes, rue *Claude-Bernard, 53, qui les* fera tenir au Comité. M. le Dr Théophile Roussel a bien voulu accepter la présidence d'honneur de cette œuvre dont nous aurons souvent à reparler ici.

Nous sommes certains d'avance que tous nos lecteurs tiendront à honneur de participer à l'hommage qui va être rendu à un homme dont toute la vie a été consacrée à la défense des malheureux et au sauvetage de tant d'enfants voués à une mort certaine avant la promulgation de la loi qui porte son nom.

Nous croyons savoir que ce jubilé sera analogue à celui de Pasteur et sera célébré à la Sorbonne.
(*Revue médicale.*)

— *Le service des hôpitaux à Lille.* — Le *Progrès du Nord* publie la note suivante au sujet du service des hôpitaux de Lille :

« La question des consultations gratuites dans les hôpitaux a été examinée vendredi matin, dans une réunion de la commission administrative des hospices à laquelle assistaient MM. Margottet, recteur de l'Académie de Lille, et de Lapersonne, doyen de la Faculté de médecine.

» Un accord est intervenu entre la commission des hospices et les représentants des professeurs de la Faculté de médecine et des hôpitaux.

» La gratuité des consultations serait étendue aux personnes notoirement connues comme nécessiteuses sans qu'elles soient inscrites pour cela au bureau de bienfaisance.

» Le prix de la consultation restera fixé à un franc.

» La commission a décidé en outre qu'à l'avenir tous les professeurs et agrégés des hôpitaux auraient le droit d'envoyer leurs malades au pavillon Victor-Olivier (Maison de santé de l'hôpital de la Charité).

» Ces décisions seront définitivement approuvées et mises en vigueur d'ici quelques jours. ».

La Société médicale du 6e arrondissement de Paris a, dans sa dernière réunion, émis un vote désapprouvant l'admission des malades payants dans les hôpitaux et les subventions aux cliniques et policliniques, et affirmé qu'au point de vue professionnel, il convenait de s'opposer le plus possible à l'extension de celles-ci.

— *L'hygiène dans les lycées.* — Le Ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux recteurs des universités une circulaire sur les mesures à prendre pour empêcher la propagation des maladies contagieuses dans les établissements de leur ressort.

L'intérêt de cette circulaire est l'adjonction de la tuberculose aux maladies considérées comme contagieuses, varicelle, variole, scarlatine, rougeole, oreillons, diphtérie et coqueluche.

Rappelons la durée de l'isolement pour ces maladies. En comptant à partir du premier jour de l'invasion, elle doit être de 40 jours pour la variole, la scarlatine et la diphtérie, de 16 jours pour la varicelle, la rougeole et les oreillons. Pour la coqueluche, la rentrée ne sera autorisée que 30 jours après la disparition absolue des quintes.

Relativement à la tuberculose, la circulaire, se basant sur la conclusion formulée en 1890 par l'Académie de médecine : « la tuberculose est une maladie parasitaire et contagieuse », fait remarquer que l'intérêt des tuberculeux eux-mêmes exige impérieusement que, dès le début de l'affection, ils ne soient plus soumis au régime des maisons d'éducatio n.

En ce moment, dit le Ministre, le grand air, le soleil, les longues promenades, une alimentation spéciale, priment tous les moyens thérapeutiques. Le séjour dans l'air renfermé, les classes, études, dortoirs, quelles que soient leurs dimensions, seraient nuisibles à l'élève malade.

Aussi le chef de l'établissement devra-t-il, en s'appuyant sur l'avis des médecins, prévenir la famille en lui faisant observer que la bronchite, l'entérite ou toute autre affection analogue, lorsqu'elle ne guérit pas franchement et rapidement, nécessite des soins hygiéniques que l'on ne peut assurer au lycée.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

No 4.128. — M. le docteur Bonnet, de Nogent (Haute-Marne), membre de l'Association des médecins de la Haute-Marne.

No 4.129. — M. le docteur Lalanne, de La Teste (Gironde), membre de l'Association des médecins de la Gironde.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Maurice, de Onville (M.-et-M.), membre du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

17me ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

DE LA

SOCIÉTÉ DU « CONCOURS MÉDICAL »

DU 15 NOVEMBRE 1896

La séance est ouverte à 4 heures dans les salons du restaurant Marguery.

Après s'être excusé de n'avoir pu faire assister ses confrères à la démonstration d'un type de voiture automobile par M. l'ingénieur Serpollet, qui s'est trouvé empêché, M. le Dr Cézilly, directeur, invite à prendre place au bureau, avec MM. Gassot et Maurat, *membres du Conseil*, M. le Dr Jeanne qui s'est chargé d'une étude importante, MM. les Drs Ledé (de Paris) et Pontet (de Rives) désignés comme *assesseurs*, M. Lordereau, avocat, *Conseil judiciaire*, M. Léon Marie, actuaire, auteur du rapport technique sur un projet de création d'une *Caisse des pensions de droit pour les veuves et les orphelins du corps médical*, M. le Dr Huguenin et M. Louis Gassot, qui veulent bien accepter d'être les secrétaires de la séance.

M. le Dr Cézilly dit que, comme les années précédentes, il a reçu de nombreuses lettres d'excuses et prie l'assemblée d'agréer celles-ci.

Ces lettres sont celles de M. le Dr Gibert, *membre du Conseil de direction*, de MM. les Drs Taulier, Dellestable et Legludic, *sénateurs*, Bourrillon, Dron, Isambard, Signard et Berthet, *députés* et de nombreux *membres du Concours*.

L'une d'elles mérite une mention spéciale, c'est celle de M. le Dr Rebulet (de Bourgtheroulde), qui est accompagnée d'un don de 50 fr. à l'Association amicale pour l'indemnité maladie, œuvre bien appréciée comme ce fait le prouve, par ceux mêmes qui n'en font point encore partie. (*Applaudissements.*)

Enfin, M. le Président, prononce l'allocution suivante :

Allocution du Directeur.

Chers Confrères,

Nos revendications, qu'elles aient pour but de servir l'intérêt public, ou nos intérêts spéciaux, se heurtent, toujours, à deux obstacles.

Quelque fondées qu'elles soient, elles n'ont pas le retentissement que pourrait leur donner la presse générale ; nous ne pouvons agir sur le grand public et faire son éducation. La presse, d'ailleurs, a une certaine tendance à suspecter notre désintéressement. Elle incline, par un préjugé, bien ancré, à croire que le médecin est tenu à un abandon spécial de ses intérêts les plus pressants.

On m'a dit, bien souvent, lorsque nous plaidions les plus justes causes : Comment se fait-il que vous n'arriviez pas à y intéresser les grands journaux ? Il faudrait en avoir au moins un, qui se ferait notre porte-parole.

Le fait est positif : nous avons peu de crédit dans la presse ; elle ne songe à nous, bien souvent, que pour nous accabler d'accusations sans fondement ; à exploiter les erreurs que nous pouvons commettre. J'en excepte l'affaire *Lafitte*, pour laquelle elle nous a été d'un très grand secours.

Voilà le premier obstacle. Il n'existerait plus, si nous parvenions à faire disparaître le second : notre émiettement.

La révolution a détruit, avec les autres, notre puissante corporation. Les médecins sont restés, longtemps, sans aucun lien, isolés et tout entiers à une âpre lutte pour l'existence ; sans cet esprit de corps, qui, s'il a ses excès, produit, aussi par son légitime exercice, d'heureux résultats.

Il n'existait naguère, chez nous, que des Sociétés de secours, de bienfaisance médicale ; puis, les facultés et les écoles ; ensuite les sociétés scientifiques.

Les liens qui devraient unir les médecins avec leurs maîtres et avec leurs confrères, étaient à peu près nuls. Les doyens, proposés par les professeurs, étaient nommés par le gouvernement. C'est à peine si

quelques maîtres, par leur entrée dans les associations de secours, par quelque rare intervention, se rappelaient au souvenir de leurs élèves.

Quand des réformes s'imposent, que des souffrances intolérables sont signalées, c'est le *Conseil supérieur*, le *Comité d'hygiène*, sans rapports avec les médecins, qui décide toutes les mesures, sans leur assentiment ; aucun d'eux ne peut se flatter d'exercer la moindre influence sur les affaires médicales.

Et, d'autre part, le gouvernement de la République ne comprend guère l'intérêt qu'il aurait à faire de grandes faveurs à ces quinze à vingt mille médecins qui, par leur libéralisme et leur contact journalier et intime avec les populations, constituent ses plus fermes soutiens.

On ne les protège même pas, dans ce fameux *monopole* qu'ils sont censés posséder et qu'on leur reproche. La loi *Chevandier* a eu beau édicter que le charlatanisme, cette plaie de la santé publique, *serait réprimé, à la diligence des parquets* ; cet article de la loi reste toujours lettre morte.

On ne songe aux médecins que pour leur demander des services, à peu près gratuits ; pour se décharger sur eux, sans aucun motif légitime, des obligations qui incombent à toutes les classes de la Société. Le budget, par contre, ne leur épargne aucune de ses rigueurs et les traite comme les plus riches.

En 1879, le Concours médical s'est mis en campagne, avec l'aide de son journal, et il a tenté de faire cesser l'isolement général des médecins. Il a créé, pour la première fois, une organisation puissante, active, militante, les *Syndicats*, qu'il a fini par faire consacrer par la loi Chevandier. C'est par les Syndicats que les médecins ont commencé à se sentir les coudes, à diminuer l'abandon, l'isolement dans lesquels ils vivaient.

Nombre de nos confrères nous pressent de réclamer un moyen de cohésion, d'union, plus large encore et plus rapide dans ses effets. Ils proposent la constitution de l'*ordre des médecins*.

Elle présente des difficultés, si on tient *au mot* plus qu'à *la chose*.

Si au contraire, on veut se passer du mot, je crois qu'on peut faire la chose et que ce n'est guère difficile. Que tout médecin consente à devenir *électeur médical*, afin de choisir ses mandataires.

Il suffit d'adresser, à tous, une circulaire. Elle dira : voulez-vous être électeur aux chambres médicales ; en ce cas signez et retournez la formule ci-jointe.

On obtiendra bon nombre de réponses affirmatives ; cela fait, le corps électoral médical sera constitué ; les hésitants, les retardataires viendront, bientôt, grossir le corps d'armée ; le groupement médical ainsi accompli, les chambres médicales existeront. On recherchera, plus tard, si on le veut, *les consécrations, les autorisations*.

Les chambres nommeront un bureau. Elles seront médicales et rien autre. Vienne une élection au Sénat, à la Chambre, au Conseil général. Un programme de réformes sociales, ou d'ordre médical sera rédigé par l'ensemble des Chambres.

Nous connaissons, tous, les *Comités électoraux* qui couvrent le pays, dont l'action est grande en tout temps et surtout en temps d'élections. Nos Chambres sont nos comités électoraux, aussi légales que ceux-ci.

La Chambre d'un département, quel que soit le nombre de ses membres, petit ou grand, en temps d'élection, entrera en action.

Elle convoquera les candidats ; soyez assurés qu'ils viendront et elle leur tiendra à peu près ce langage : « Vous êtes candidats ; nous sommes électeurs influents. Nous n'avons pas, en tant que chambre, à vous faire connaître notre opinion politique ; nous n'en avons d'ailleurs pas ; nous représentons toutes les opinions, mais nous avons à vous proposer seulement quelques solutions sur les questions sociales. Admettons-en une seule, celle par exemple, *de la limitation des cabarets* !... Nous vous prévenons que nous ne voterons et ne ferons voter que pour un candidat qui s'engagera à poursuivre cette réforme. Que nous soyons républicains ou monarchistes, peu importe ; si vous êtes de notre bord, nous vous promettons de vous aider de tout notre pouvoir, chacun selon notre opinion politique ».

Ce petit discours est le moyen assuré d'obtenir les réformes sociales qui nous tiendraient à cœur et de peser dans la balance en toute autre occasion.

C'est quand nous serions ainsi constitués, que, notre émiettement disparu, disparaîtrait aussi la difficulté d'être appuyés par la presse. Il sera facile, alors, de trouver le ou les journaux influents qui nous prêteront leur publicité. Ceci, Messieurs, n'est qu'une considération d'ordre général, que je soumets à vos réflexions. Nous pourrions nous en occuper, si vous le voulez. (*Assentiment général.*)

Ceci dit, passons à un autre ordre d'idées. Le Concours a organisé toutes les Sociétés qui peuvent servir les intérêts matériels des médecins. Il en propose une autre, pour les *veuves et les orphelins*.

Mais nous avons mis, en outre, à notre ordre du jour une grosse question.

« *Les médecins* peuvent-ils, doivent-ils, si cela leur convient, créer, avec leur argent et à leur profit, des établissements médicaux ? Le *Concours* a déjà dit qu'il estimait que ces entreprises étaient très licites. Un grand nombre de médecins, ces mois derniers, viennent d'affirmer ce droit, en devenant actionnaires d'un établissement pour le traitement des maladies nerveuses, qui sera inauguré bientôt et professeurs, agrégés, médecins des hôpitaux se sont joints dans ce but à nombre de médecins !

Ce qui pourrait nous faire hésiter en ces matières, ce n'est pas le souci de voir les médecins poussés par leur intérêt à favoriser, sans mesure, leurs établissements. On n'invente pas, à volonté, un faux tuberculeux pour l'envoyer, par esprit de lucre, dans un sanatorium médical, dont le médecin, d'ailleurs le refuserait. La préoccupation est autre.

Toutes les œuvres accomplies par le Concours, jusqu'à ce jour, n'ont pu faire courir le moindre risque pécuniaire aux médecins qui y ont pris part. Il a acquis, ainsi, une confiance bien justifiée.

Combien plus difficiles et hasardeuses sont les opérations que nous envisageons, les capitaux plus élevés ! N'allons-nous pas risquer de compromettre le crédit si péniblement acquis. On nous dira bien que, par la diminution si grande du taux de l'intérêt, le médecin se trouve, dès aujourd'hui, sollicité de rechercher des placements plus rémunérateurs que la rente et ses similaires ! Que par conséquent c'est lui rendre service que de lui offrir des placements dans des affaires médicales qu'il peut apprécier et pour lesquelles il nommera, lui-même, les Administrateurs. Vous comprenez les appréhensions que nous devons éprouver. (*Assentiment.*)

Nous ne cessons de rechercher, dans tous les sens, ce que nous pourrions exécuter dans l'avenir et nous songerons à constituer un Comité d'initiative, pour nous aider dans cette tâche. L'ardeur de ses membres au travail ne dépassera pas la nôtre, mais ils pourront nous fournir des idées nouvelles. Nous ne négligeons rien et notre zèle ne diminue pas. (*Applaudissements.*)

Laissez-moi vous demander votre appui pour le journal. Vous m'obligeriez d'utiliser vos relations pour entretenir et renouveler les objets de sa publicité. C'est la partie la plus aride de ma tâche et à l'exemple de quelques-uns de nos confrères, vous pouvez me faciliter cette recherche ingrate.

Vous pouvez aussi amener à notre Société des adhérents, en faisant connaître le mérite réel des œuvres qu'elle a fondées et par le simple fait de cette propagande, accroître notablement l'importance de son capital. Les revenus servent, chaque année, à l'étude des organisations que nous proposons. Cette année ils ont fait les premiers frais de la future *Caisse de pension des veuves et des orphelins.*

Nous avons pour but, en toutes circonstances, de mériter votre approbation, et nous faisons le possible pour y parvenir. (*Assentiment général.*)

Messieurs : Vous êtes, tous, fort attachés aux Syndicats, puisqu'ils nous doivent l'existence ; accordez-moi encore quelques minutes pour vous parler de l'un d'eux, dont j'avais, en 1883, annoncé l'existence et qui, depuis 15 ans, n'avait guère publié ses actes.

Je lis dans un bulletin Bordelais intitulé « la Défense médicale » :

Dans une petite ville de la Charente existent sept ou huit médecins, faisant tous partie du Syndicat médical régional et unis dans une même pensée de solidarité, de concorde et d'entente pour toutes les choses, sans exception, qui regardent la médecine.

Dans cette heureuse ville, les médecins se sont réunis, il y a déjà pas mal d'années, et l'un d'eux a prononcé à peu près ce discours :

« Mes chers confrères, hier nous nous connaissions à peine ; nous cherchions mutuellement, peut-être, à nous enlever réciproquement nos malades ; lorsqu'il y avait une opération à pratiquer, nous faisions tout notre possible pour que ce ne fût pas un autre qui la fit, dussions-nous, pour l'enlever, renchérir sur le rabais déjà fait, successivement, par les autres confrères et dont notre client, bien qu'assez riche pour payer largement, devait seul profiter.

» Une place officielle, bien ou mal rémunérée, se présentait-elle : c'était à qui intriguerait le plus pour l'avoir, et comme, en toute circonstance, c'est l'offre et la demande qui fixent le prix des choses, la place était toujours concédée avec le maximum de rabais, tout comme dans les adjudications publiques. La population de la ville, traitée dans des conditions raisonnables, pouvait bien rapporter au corps médical soixante-dix ou quatre-vingt mille francs par an ; mais pour avoir la faveur de soigner beaucoup de malades, plus de malades que nos confrères, nous consentions à leur faire des conditions spéciales, et alors ce n'était plus que trente ou quarante mille francs que nous avions à nous répartir.

» Avions-nous, par hasard, à faire une opération difficile ou laborieuse, qui demandait le concours de plusieurs chirurgiens : vite nous écrivions à une illustration de la capitale ou de la grande ville voisine, qui palpait la grosse somme et dont nous nous contentions d'être l'aide, heureux encore s'il ne nous imposait pas son interne, son chloroformisateur, et parfois, cela est arrivé, jusqu'à son fabricant d'instruments ! Quant à appeler les confrères de la ville, il ne fallait pas y songer ; nous craignions trop qu'ils nous accusassent ensuite de maladresse ou d'inexpérience et nous portassent tort vis-à-vis de nos clients ou du public.

» Eh bien, mes chers confrères, je vous propose de changer tout cela ; il est toujours temps pour mieux faire et l'exemple des Syndicats voisins doit nous servir et nous guider. Unissons-nous au lieu de nous fuir ; réunissons-nous au lieu d'agir séparément ; maintenons les chiffres d'honoraires honorables, au lieu de faire des rabais successifs ; prêtons-nous un mutuel concours scientifique et aidons-nous les uns les autres au lieu de nous desservir.

» L'observation des règles de déontologie ne peut qu'être profitable à tous : en même temps qu'elle sauvegardera nos intérêts matériels, elle augmentera notre considération vis-à-vis du public. »

Notre confrère dit encore beaucoup de choses qu'il serait trop long de répéter, et il fut si sincère, si convaincu, si persuasif, qu'on l'applaudit à outrance et qu'on jura que désormais tous les médecins ne constitueraient plus qu'un seul homme, et que, quant aux nouveaux confrères qui viendraient s'établir dans la localité, s'ils ne voulaient pas être mis immédiatement à l'index et s'il voulaient profiter des avantages de l'union et de la solidarité du Syndicat, ils n'avaient qu'à se joindre sans réserves aux anciens confrères.

Ainsi fut fait. A partir de ce jour, on vit les médecins de la petite ville charentaise causer fraternellement dans la rue, faire en groupe des promenades à bicyclette, car ils vont tous à bicyclette les médecins de la ville de C..., les vieux comme les jeunes ; s'appeler en consultation pour les cas difficiles, aussi bien pour les riches que pour les pauvres, se répartir entre eux à l'amiable, et par voie de vote, les fonctions publiques, payées ou honorifiques, attribuées au corps médical ; et enfin, établir un code local de déontologie médicale, que chacun observe scrupuleusement au grand profit de tous...

La ville de C... possède un très joli petit hôpital où l'on trouve un amphithéâtre admirablement installé et tout à fait à la hauteur des derniers progrès de l'antisepsie moderne. On y a même commencé à créer un rudiment de musée d'anatomie pathologique, car toutes les pièces intéressantes y sont conservées et soigneusement cataloguées.

Tous les médecins de la ville sont attachés à l'hôpital et font le service ordinaire à tour de rôle. Lorsqu'il y a une opération, ils se réunissent tous en consultation, examinent scrupuleusement le malade, discutent le diagnostic, arrêtent l'opération qu'il convient de faire, se distribuent les rôles et opèrent alors dans des conditions merveilleuses pour le malade et excellentes pour l'instruction des opérateurs, qui trouvent ainsi très souvent l'occasion de s'entretenir la main, en pratiquant des opérations variées et en mettant à profit le savoir et le concours matériel des autres confrères.

Je n'en finirais pas, si je voulais énumérer toutes les idées ingénieuses qu'a eues ce petit groupe de médecins, en vue de se rendre mutuellement l'existence agréable et la pratique de la médecine facile et aussi fructueuse qu'elle peut l'être dans une ville dépourvue de grandes ressources. Quand on pénètre dans ce milieu médical, sorte de petit phalanstère, on croit rêver tant on est peu habitué en général à trouver entre *tous* les médecins d'une même ville une telle union, un tel désintéressement mutuel. Eh bien ! tout cela est dû uniquement à l'observation rigoureuse des règles établies dans le Syndicat médical.

Il ne suffit pas, en effet, de faire partie de cette Association et de se réunir tous les ans dans un banquet confraternel, pour en retirer tous les avantages qu'elle peut procurer à ses membres ; il faut encore, et surtout, la sympathie mutuelle, l'union, la concorde, le désintéressement, ou, en un mot, ce qui résume tout, la bonne confraternité. »

Chers confrères : Vous serez, je pense, émerveillés, comme moi des résultats que peut produire l'incessante prédication confraternelle du *Concours médical.* Il est beaucoup lu, par nos confrères de Cognac, Ils sont arrivés à cet accord qui est le but de toutes nos aspirations et qui, s'il s'établissait partout, comme dans cette heureuse ville, résoudrait aisément toutes les difficultés matérielles qui assaillent les médecins.

Permettez-moi donc de vous faire une proposition : Envoyer, en notre nom à tous, la dépêche suivante à nos confrères :

« Le Concours médical, créateur des Syndicats, réuni en Assemblée générale, adresse ses félicitations aux médecins syndiqués de la ville de Cognac, pour l'admirable exemple de concorde et de solidarité qu'ils donnent à tous les médecins de France. » (*Adhésion générale et applaudissements*) (1).

Caisse de pensions des veuves et des orphelins du corps médical.

M. le Président. — Nous avons publié au journal, en y ajoutant les réflexions qui nous ont paru nécessaires, le projet de création d'une Caisse de pensions, pour veuves et orphelins, et nous avons appelé vos observations sur ce projet qui figure en tête de l'ordre du jour. Je mets sous vos yeux un certain nombre d'exemplaires du rapport technique de *M. Léon Marie*, sur cette création : cela vous permettra de suivre la discussion et de préciser vos objections, s'il s'en produit, et je prie M. le Dr Jeanne d'exposer, en ses grandes lignes, la teneur du projet.

M. le Dr Jeanne. — Vous savez, chers confrères, que le Conseil de Direction, sur la demande du Dr *Toussaint*, d'Hyères et éclairé par le nombre toujours croissant des demandes de secours formulées par des veuves, et adressées soit à lui, soit aux Associations médicales, avait résolu, dès qu'il aurait couvert le médecin lui-même, de protéger sa famille par une *œuvre de prévoyance et de droit*, garantissant l'indispensable à sa femme et à ses jeunes enfants. Ce fut sa préoccupation constante cette année. Vers la fin de mars deux idées précises sur le fonctionnement possible d'une caisse des veuves, furent présentées et développées à M. Léon Marie qui déclara pouvoir les fusionner, et promit de leur donner corps, en les appuyant sur des calculs analogues à ceux qui règlent la marche de l'Association amicale.

Comme vous pouvez le voir à l'examen du rapport technique, le projet prévoit que le jour où le nombre des adhésions sera suffisant, tout membre qui aura versé *annuellement* ou *d'un seul coup* une prime, ou une somme unique proportionnées à son âge et à celui de sa femme, créera le droit de sa veuve à une pension viagère annuelle de 600 fr., appelée pension type. A l'exemple de ce qui se pratique dans la Caisse des pensions et de ce qui a été prévu pour l'Association amicale, nous avons de même envisagé la possibilité de constituer le droit à des demi-pensions et à des double pensions, mais seulement à l'époque plus reculée où un inventaire aura permis d'apprécier la suffisance des recettes accumulées.

Voilà dans toute sa simplicité, la définition du projet.

M. Léon Marie serait bien aimable de nous dire jusqu'à quel chiffre d'adhésions nous aurions à différer la mise en marche de l'œuvre si vous en décidiez aujourd'hui la création.

M. Léon Marie. — Il me paraîtrait sage de réunir de 250 à 300 adhésions : et je répète que l'admission des demi et des double pensions devrait être reportée beaucoup plus loin.

M. le Président. — Vous voyez, chers confrères, ce que serait l'œuvre nouvelle. Avez-vous besoin d'autres renseignements pour vous édifier à ce sujet.

M. le Dr Rolland (de Toulouse). — Nous ne pouvons évidemment discuter des chiffres. Je me bornerai donc à demander si la combinaison adoptée est la meilleure, et si nous n'eussions pas trouvé bénéfice à nous adresser à des Compagnies d'assurances.

M. Léon Marie. — Les Compagnies d'assurances font, sous le nom de *rentes de survie,* des opérations analogues à celle-ci, et la garantie qu'elles offrent est sérieuse. Mais, comme elles ont à prélever des frais de gestion et la rémunération des capitaux des actionnaires, elles porteraient dans des tableaux semblables à ceux-ci, des cotisations un peu plus élevées.

M. le Dr Archambaud. — Nous avons un intérêt évident à nous affranchir des exigences que crée, aux Compagnies d'assurances, le souci des dividendes. Que si l'exactitude des chiffres, ici portés, laissait à désirer, il est facile d'en prévoir la modification après inventaire : c'est un article à inscrire aux statuts. Pour mon compte, familiarisé avec la gestion des œuvres analogues du Concours, je ne puis qu'applaudir à l'idée qui a inspiré celle-ci, et, si une discussion doit se produire, nous n'avons qu'à la réserver pour l'adoption des statuts provisoires qui nous seront présentés.

M. le Dr Mignon (des Mureaux). — Les jeunes médecins sont en proie, dès leurs fiançailles, aux poursuites des agents des Compagnies d'assurances, et parfois, cédant à mille raisons diverses, grèvent leur budget de grosses primes dont ils apprécient trop tard le poids. Par eux, une œuvre comme celle-ci doit être acceptée avec enthousiasme. Et si je ne considérais que mon intérêt qui est le leur, puisque je suis des jeunes, je souhaiterais que le *Concours*, groupant et étendant ses œuvres de prévoyance, nous assurât contre toutes les éventualités fâcheuses de la vie professionnelle.

M. le Dr Bourdon (d'Etrépagny). — C'est vrai, mais d'autres plus vieux, dont je suis, sont déjà pris par des engagements, et ne pourront s'inscrire à la Caisse des Veuves.

M. le Dr Jeanne.— C'est probable et prévu ; seulement nous trouverons, en ceux-là, de zélés propagandistes, qui nous amèneront les jeunes, et assureront l'avenir de l'œuvre.

M. le Président. — En résumé, chers confrères, vous avez à nous dire s'il faut agir de suite, ou attendre, avant de faire les frais de préparation des statuts et de la propagande nécessaire.

Un de nos confrères vient de demander s'il ne convenait pas d'attendre les résultats de l'œuvre *Caisse des Veuves*, préparée par l'Association générale. Je ferai remarquer que cette œuvre s'éloignera toujours de la nôtre, de toute l'étendue qui sépare la charité du droit, la bienfaisance de la prévoyance. Elles sont d'essence différente.

M. le Dr Gassot. — Je propose que l'Assemblée se prononce sur les trois points suivants :

Le principe du projet est-il bon ?

(1) Réponse à l'envoi du télégramme: De la part du Président du Syndicat de Cognac. « Médecins syndiqués sont très reconnaissants pour la dépêche de l'Assemblée générale du Concours médical, très flatteuse et très réconfortante dans les moments difficiles. » Dr JANNET.

Le projet a-t-il chance de succès ?
Faut-il en poursuivre la réalisation ?

M. le Président. — Je mets aux voix, à mains levées, les trois questions de M. Gassot.

La réponse est unanimement affirmative sur les trois points.

Nous prenons donc l'affaire en main. M. Léon Marie nous faisant remarquer que le risque de mort entraîne une dépense plus considérable que le risque de maladie, nous commencerons avec moins d'audace que pour l'Association amicale qui fut créée avec 60 adhésions ; et nous chercherons à atteindre ici un nombre plus élevé, comptant sur les efforts de propagande que vous venez de nous promettre.

Nous avons votre mandat. Vous pouvez compter que le *Conseil de Direction*, fort des promesses d'adhésion qui viennent de se manifester parmi vous, va se mettre à sa nouvelle tâche, avec le désir de vous satisfaire. (*Applaudissements.*)

Approbation des comptes du trésorier.

M. le Président. — Je donne la parole, chers confrères, à M. le Dr Maurat pour l'exposé des comptes publié au nº 44 du journal.

Mes chers Confrères,

Vous avez pu, dans le nº 44 du *Concours médical*, prendre connaissance du rapport financier pour l'exercice 1895-1896. Je vais vous en donner lecture.

Situation financière de la Société civile du Concours médical.

Le Nº d'une 5me obligation foncière, n'a pas été publié c'est le nº 930.304.

Vous remarquerez que le produit des droits de 5 % sur les remplacements n'a produit cette année que 279.05 bien que les prévisions budgétaires aient été de 400 fr. Cela tient à ce que votre Conseil d'Administration a renoncé à la perception du droit de 5 % qui devait être versé par le confrère remplacé. Cette perception présentait quelques inconvénients, et nous avons pensé qu'il valait mieux la supprimer, tout en maintenant le droit de 5 % sur les sommes versées au remplaçant auquel il a été rendu plus directement service. Nous laisserons donc si vous le voulez bien, à l'avenir, au médecin remplacé le soin de reconnaître lui-même le service rendu, par un don qu'il pourra faire à la caisse de la Société. (*Assentiment général.*)

Approbation des comptes par l'Assemblée.

BUDGET POUR L'ANNÉE 1896-1897.

Depuis la publication de notre rapport financier, M. le Dr Cézilly, toujours désireux de contribuer le plus possible, à la prospérité de son œuvre, a bien voulu verser à notre caisse, à titre de don, une somme de 500 fr. Je lui adresse ici, en votre nom, nos bien sincères remerciements. (*Applaudissements.*)

PROJET de BUDGET : 1897-1897.

Recettes. —	Avoir disponible	362.33
	Don du Dr Cézilly	500.00
	Revenu du portefeuille (environ)	1.100.67
	Droits sur les remplacements	237.00
	Dons probables	100.00
		2.300.00
Dépenses. —	Frais supplémentaires du banquet	800.00
	Frais de réunions et déplacements	500.00
	3e annuité en faveur des enfants du Dr Laffite	200.00
	Total	1.500.00
	Disponible	800.00

Les divers articles sont successivement mis aux voix et adoptés à l'unanimité.

Le Jubilé Th. Roussel.

M. le Président. — Chers confrères, M. le Dr Lédé que vous connaissez tous, est venu vous faire une importante communication, et comme ses instants sont comptés, je vous demande la permission d'interrompre l'ordre du jour, pour lui donner la parole. (*Assentiment.*)

La parole est à M. le Dr Lédé, membre du Comité de protection des enfants du premier âge.

Messieurs : J'ai l'honneur de porter à la connaissance des médecins, membres du *Concours médical*, qu'un Comité s'est constitué à Paris, pour célébrer dignement le Jubilé de M. le Sénateur Théophile Roussel qui doit avoir lieu le dimanche 20 décembre prochain, à une heure de l'après-midi, à la Sorbonne.

Ce Comité dont notre directeur a bien voulu faire partie, est présidé par M. H. Monod, conseiller d'Etat, directeur de l'Hygiène et de l'Assistance publique en France, MM. Brouardel, Thulié, Henri Napias, Garraud et F. Voisin en sont les vice-présidents, MM. Cruveilhier, Dr Moutier, Albert Rivière, les secrétaires et M. Van Brock, membre du conseil de surveillance de l'Assistance publique remplit les fonctions de trésorier.

C'est au titre de secrétaire général que je suis chargé de vous informer de la célébration de ce Jubilé,

Notre vénérable maître qui, au mois de juillet dernier, est entré dans sa quatre-vingt-unième année est connu de vous tous : Les anciens d'entre vous ont le souvenir de ses travaux (1845 à 1850) sur la pellagre, le phosphorisme, l'hydrargyrisme, et les plus jeunes ne connaissent, de lui, que les réformes qu'il a fait apporter par le Parlement aux lois d'assistance, et la loi qu'il a faite de toutes pièces sur la Protection de l'Enfance, loi connue actuellement sous le nom de loi Roussel. — Il a pensé dès 1872 à la loi sur l'Assistance médicale gratuite, a déposé un projet et ce n'est qu'en ces derniers temps qu'on a tenu compte de ses premières propositions. — Nous demandons à la direction du *Concours médical* et à tous ses membres de vouloir s'associer à cette œuvre à laquelle nous convierons tous les médecins de province, ses collaborateurs dans l'application de la loi Roussel, en essayant de leur faciliter, avec la bonne volonté des Compagnies de chemin de fer, leur venue à Paris.

M. le Président. — Ne pensez-vous pas, chers confrères, que le « *Concours médical* » se doit de témoigner, par un don proportionnel à ses modestes ressources, du sympathique respect que nous portons au vénéré philanthrope ?

En remerciant M. le Dr Lédé d'avoir songé à nous associer à cette touchante manifestation, je vous propose d'affecter une somme de 50 fr. à la souscription pour le jubilé Roussel. (*Adopté à l'unanimité.*) (1)

Les établissements médicaux spéciaux créés par les médecins.

M. le Président. — Je donne la parole à M. le Dr Jeanne pour l'étude, au point de vue déontologique, de cette question que vous avez vue à l'ordre du jour : *Possibilité de la création, par les médecins eux-mêmes, des établissements médicaux qui manquent à la France (sanatoria, gymnases, asiles pour intempérants, etc.)*

M. le Dr Jeanne s'exprime en ces termes :

Allocution du Dr Jeanne.

Est-il possible au Corps médical de créer lui-même les établissements médicaux dont il a besoin?

Chers Confrères,

Nos maîtres les plus distingués ont proclamé depuis longtemps ce principe, qu'un certain nombre de maladies qui, abandonnées à elles-mêmes, au milieu de la vie sociale habituelle, aboutissent presque forcément à l'issue fatale, sont susceptibles de guérison très fréquente, d'amélioration considérable, ou au moins d'arrêt en temps utile, si on les isole dans des établissements fermés, où la discipline hygiénique et les ressources climatériques spéciales, sagement associées par un médecin aux moyens thérapeutiques ordinaires, constituent un traitement rationnel, efficace, absolument irréalisable ailleurs.

Beaucoup d'affections nerveuses ou même mentales, puis l'alcoolisme et la tuberculose, sont dans ce cas ; et, si nous bornons là notre énumération, c'est afin de nous en tenir aux faits bien acquis et aux fléaux morbides contre lesquels le progrès social se préoccupe d'organiser activement la lutte.

Suivant une déplorable tradition, à laquelle la France semble très attachée, l'avertissement parti de chez nous n'a trouvé d'écho, tout d'abord, qu'à l'étranger. Les établissements fermés et spéciaux se sont créés partout, en Angleterre, en Allemagne, en Autriche, en Suisse, etc... Mais, si en France, l'initiative individuelle a ouvert quelques maisons de santé, surtout destinées aux névropathes, nous en sommes encore aux plans et devis du premier asile pour les intempérants, et l'établissement incomplet du Canigou, à Vernet-les-Bains (Pyrénées-Orientales), représente notre seul sanatorium destiné à la tuberculose pulmonaire.

Une campagne acharnée et digne d'encouragement, s'est enfin organisée en France depuis deux ou trois ans, afin d'amener la création de ces derniers surtout. MM. L. Petit, Sabourin, Lauth, Bernheim (Samuel) ont entrepris de secouer la torpeur et l'indifférence en cette matière ; ils ont montré l'étendue du mal, indiqué le remède et fait mesurer sa puissance ; ils se sont remués à l'envi pour chercher des patronages et les capitaux nécessaires ; mais les plus heureux de ces zélés ne sont encore qu'à la période des constructions ; en un mot, rien n'existe à cette heure, ou à peu près.

*En présence de la nécessité signalée, et des obstacles pratiques que soulève l'*application de procédés thérapeutiques reconnus excellents, le *Concours médical* ne devait-il pas se demander, quel rôle actif il lui convenait de prendre, pour rester fidèle à son programme d'initiative ? Chaque fois qu'une découverte importante s'est produite depuis vingt ans, notre Société s'est immédiatement préoccupée d'en mettre l'application à la portée de tous ses membres : ainsi sont nés, par exemple, nos services d'analyses et examens, nos services d'approvisionnement en sérums et liquides organiques.

De même, quiconque a fait appel à notre groupement, en vue d'une campagne intéressant la santé publique, a toujours trouvé ici un accueil favorable. Je n'en veux pour preuve que votre adhésion unanime, au cours de la dernière Assemblée générale, au programme de M. le Dr Legrain, prêchant la lutte contre l'alcoolisme. (*Applaudissements.*)

En vous conviant donc aujourd'hui à étudier la *possibilité* et les *moyens* de créer, nous-mêmes, les établissements médicaux spéciaux qui nous sont devenus indispensables pour obtenir la guérison de nombreux malades, voués, sans cette ressource, à la mort prochaine, nous avons conscience : 1° de rester rigoureusement sur le terrain d'action de notre Société ; 2° de poursuivre la solution d'un problème d'intérêt général de la plus haute importance, et bien fait pour tenter et passionner des médecins.

Parlons donc d'abord de la *possibilité*.

---

(1) Nous avons reçu la lettre suivante et rédigé une adresse au nom du Concours :

Mon cher Directeur,

Au nom du bureau du comité du Jubilé Théophile Roussel, je vous adresse mes bien sincères remerciements de la souscription du Concours médical. Je fais encore appel à votre concours et vous prie de faire rédiger une adresse à M. Th. Roussel ; cette adresse serait lue et, en cas d'impossibilité, simplement remise, le jour de la cérémonie du Jubilé.

Veuillez agréer, je vous prie, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Le 18 novembre 1896. Dr Lédé, 19, quai aux Fleurs.

Vous vous prononcerez vous-mêmes, chers confrères, sur ce premier point, quand j'aurai fait passer sous vos yeux le tableau des conditions à remplir et des difficultés à vaincre.

La construction d'un grand établissement médical spécial, qu'il soit sanatorium pour tuberculeux (et l'urgence est peut-être d'abord de ce côté) ou qu'il vise le traitement si complexe des névroses ou de l'alcoolisme, nécessite, en y comprenant les premiers fonds pour l'exploitation, un capital d'un million à peu près. J'entends que, moyennant ce chiffre de dépenses, vous obtiendrez une organisation complète, scientifiquement irréprochable, pourvue de toutes les ressources et de tous les perfectionnements modernes. Cent malades environ pourront en bénéficier.

La direction de cet établissement doit être confiée à un médecin spécialisé et compétent, dont l'influence légitime devra régner en maîtresse, sans être systématiquement contrecarrée par des préoccupations trop étroites de lucre et de dividendes.

Il faut que la clientèle en soit assurée par un nombre suffisant de médecins qui, ouvrant les yeux à l'évidence, consentent à mettre en pratique, même au prix de quelques lances rompues contre la néfaste routine, les préceptes formels de nos maîtres au sujet du traitement des maladies que nous avons en vue.

Il faut que, par le choix de l'emplacement, l'isolé ne se sente pas trop exilé des siens, qu'il puisse recevoir des visites fréquentes de sa famille, même quand celle-ci est absorbée par le souci et le mouvement des affaires.

Il faut que les prix de séjour, à la maison de traitement, soient mis à la portée des bourses moyennes. En effet, tandis que les grosses fortunes peuvent aujourd'hui, tout en sacrifiant à la mode et aux idées préconçues, aller demander la guérison de leurs poumons ou de leurs nerfs, aux coûteux sanatoria de l'Allemagne et de la Suisse, tandis que l'Assistance publique, d'autre part, imitant les miracles que M. le Dr L. Petit a obtenus de la charité privée, se prépare à ouvrir aux indigents les hôpitaux spéciaux dont ils auront besoin, notre préoccupation, à nous, médecins, pris en bloc, doit aller d'abord à ceux-là, petits bourgeois, commerçants, cultivateurs, dont les ressources sont limitées, et qui représentent cependant, le fond de nos clientèles, le gros de nos concitoyens, et la partie la plus vitale du pays.

Il faut, enfin, que l'établissement prospère, en rendant les services que l'on attend de lui, de façon à provoquer la concurrence tant désirée, qu'il rémunère convenablement, quoique sans excès, l'argent dépensé à sa création, de quelques mains que celui-ci soit sorti ; qu'en un mot, s'il est l'œuvre du « Concours médical », ou s'il naît à son instigation, il réussisse pleinement, comme tout ce que nous avons entrepris.

Voilà, sans nous arrêter à des détails secondaires, la liste des conditions à remplir. (*Assentiment.*)

A parler franchement, la première seule nous paraît offrir de réelles difficultés, parce qu'il dépend de notre activité et de la compétence de collaborateurs qui nous seraient acquis, de satisfaire à toutes les autres.

Par quels moyens pourrions-nous donc prétendre au succès, si, en principe, vous êtes favorables au projet ? C'est la seconde question à envisager, et celle qui mérite de nous arrêter le plus longtemps.

Deux procédés se présentent. L'un consisterait à grouper les bonnes volontés de plusieurs capitalistes et à les inspirer, autant que possible, dans l'organisation et le fonctionnement de l'entreprise. Ce procédé aurait le mérite de ne nous coûter que des démarches, et de n'engager que moralement la responsabilité de notre Société : cela le rend très séduisant. Mais, quoiqu'il ait été employé pour la création de plusieurs sanatoria étrangers, nous savons de bonne source qu'il n'a guère de chances de succès en France. Des confrères, merveilleusement servis par la connaissance pratique de ce genre d'entreprises, y ont consacré inutilement des mois entiers de démarches et d'efforts, et nous ont déclaré qu'il leur paraissait impossible de réussir par ce moyen. — Celui-ci offre d'ailleurs encore un inconvénient capital, en ce que, dans cette hypothèse, le médecin, réduit au rôle d'agent rétribué, mais ne parlant jamais au nom d'intérêts pécuniaires, administrativement représentés, voit son influence sacrifiée aux questions les plus mesquines de gestion et d'économie ; et que, d'autre part, les habitudes commerciales, dans lesquelles tombent trop souvent les administrateurs, amènent l'élévation exagérée du prix de la pension, et détournent facilement de son but, l'œuvre vraiment humanitaire qu'a rêvée le médecin.

Si ces raisons majeures venaient à nous obliger à ne pas compter sur ce procédé, faudrait-il donc désarmer, avec indifférence, devant les fléaux à combattre ? Franchement, il serait triste que nous fussions arrivés si vite à bout de ressources. Et c'est peut-être le moment de se rappeler que, faute de mieux, il est souvent utile de faire ses affaires soi-même.

C'est ce qui nous conduit à étudier la 2e hypothèse, dans laquelle nous deviendrions, nous médecins, membres ou non du « Concours », tout à la fois bailleurs de fonds, organisateurs et administrateurs des établissements dont nous avons besoin pour guérir nos malades.

Qu'il soit possible de faire couvrir une souscription d'un million par le corps médical français, cela ne nous paraît guère douteux, quand il s'agit à la fois d'une bonne œuvre professionnelle, et d'un placement plus avantageux que tous ceux que nous faisons, dont le capital se trouvera toujours représenté à peu près par l'immeuble construit. Certes, nous aurons à compter avec la défiance inexpliquée que témoignent trop souvent les confrères à l'égard des uns des autres ; mais ils se décideront peut-être une bonne fois à comprendre qu'il serait plus sage d'accorder quelque crédit à une entreprise comme celle-ci, qu'à toutes les Mines d'or ou les Panama de cuisante mémoire.

Je ne crois pas utile de m'appesantir sur les détails de cette combinaison au point de vue financier. Vous pensez bien que le « Concours médical », si vous lui demandiez d'en faire son œuvre, après avoir fait ses preuves, garde un juste souci de sa réputation et de la sauvegarde de vos intérêts. Il ne commencerait pas la souscription sans que des études complètes, rigoureuses, aient éclairé la question de réalisation sous toutes ses faces, et laissé à l'aléa le moins de place possible.

Mais il est de mon devoir de songer à l'accueil qui serait fait à ce projet par tous ceux qui se préoccupent de maintenir intact le caractère de dignité attaché à notre profession. C'est notre avis à tous que le médecin, comme la femme de César, ne veut même pas s'exposer au soupçon : aussi, je demande à n'exprimer que mon opinion personnelle dans ce que je vais dire. Vous jugerez ensuite, chers confrères, si vous devez l'adopter pour vous-mêmes et au nom de la Société.

En France, tout médecin qui provoque une innovation hardie, fût-elle du plus heureux effet pour la corporation et le public, et fût-elle surtout couronnée de succès, doit s'attendre à ce que les timides, les irrésolus, les satisfaits, l'accusent, publiquement ou sous le manteau, de travailler avant tout pour son intérêt particulier. En est-il de même si l'innovateur est une Société comme la nôtre ? Oui, parce que la malignité humaine voudra toujours voir derrière elle l'influence de quelqu'un, du Comité de Direction, par exemple, et quoique, dans la proposition actuelle, l'initiative ne vienne pas de celui-ci, il risque fort d'être visé dans les polémiques, s'il s'en produisait.

On va donc dire, peut-être, que le « Concours » veut lancer, le corps des médecins français dans la voie des entreprises commerciales, au risque, de compromettre sa réputation bien acquise de dignité et de désintéressement.

Entreprise commerciale ? Je vous ai dit que les financiers faisaient fi des bénéfices, quasi certains mais trop modestes, qui sont l'apanage des établissements médicaux. Entreprise commerciale ? Elle rapporterait à chaque souscripteur 4 ou 5 francs de plus par an, qu'un placement en rentes sur l'Etat. Entreprise commerciale ? Notre plus vif désir est de susciter la concurrence, afin que soient efficacement soignés des malades qui meurent faute de l'être. Nous n'accepterions, à la rigueur, le mot, que si l'œuvre était la propriété d'un seul : création d'une Société de médecins, je refuse d'y voir autre chose qu'une arme puissante à vulgariser, en vue de la lutte contre des maladies, qui ont pris, suivant l'expression de M. le Dr Petit, le caractère d'un péril social.

Et qui donc, d'ailleurs, pourrait formuler ce reproche puéril ?

A coup sûr, ce ne seraient pas nos maîtres, puisque beaucoup d'entre eux et non des moins estimés, n'ont pas craint de s'intéresser pécuniairement à des œuvres analogues, nées d'un groupe médical plus restreint.

Ce ne scraient pas non plus ceux qui, sans rien perdre de la dignité de leur caractère, possèdent et dirigent des maisons de santé, véritablement très utiles, et dont nous serions parfois fort ennuyés d'avoir à nous passer.

Ce ne peut être davantage les 3,000 médecins de France qui portent dans nos campagnes et se les font payer, les remèdes indispensables à la guérison de leurs malades. Le rôle de chacun de ceux-ci est le même que nous ambitionnons en la circonstance: fournir par nos propres ressources le moyen de traitement que nous ne pouvons obtenir d'autre manière. A-t-on jamais songé à les blâmer ?

Dans un ordre d'idées assez voisin du précédent, dira-t-on que les confrères appelés à faire partie du Conseil d'administration seront en butte à mille insinuations, plus ou moins bravement formulées, qu'on les accusera d'incompétence ou de paresse, etc., etc... ?

La façon dont sont gérées toutes nos Associations professionnelles, sans exception, répond d'avance victorieusement à ces craintes, et je sais d'ailleurs, pour l'avoir vu de près, avec quelle tranquille indifférence, une conscience scrupuleuse et pure, accueille les insinuations de cette nature, en redoublant courageusement d'ardeur. (*Applaudissements.*)

En résumé, chers confrères, si vous acceptiez en principe cette idée de créer vous-mêmes les établissements médicaux, impérieusement réclamés par les progrès acquis de la thérapeutique, j'estime que vous obéiriez simplement à un devoir, celui de sauver les malades confiés à vos soins, devoir médical et social à la fois, qu'il nous serait désormais pénible de ne pas remplir.

Mais rappelez-vous que noblesse oblige, et que si nous entrons dans cette voie, il nous faut aussi réussir. Les promesses en l'air, les paroles sans les actes, les souscriptions sans les versements, ne seraient pas de circonstance. Toute défection, à la dernière minute, après engagement pris, serait un acte de lèse-solidarité envers vos confrères et surtout envers la Société, à laquelle vous tenez, comme nous, à épargner un grave échec, et mieux vaudrait peut-être un vote défavorable qu'une tentative suivie d'insuccès, et capable de compromettre l'avenir.

Je crois en avoir assez dit pour éclairer un scrutin sur la question de principe, seule en cause aujourd'hui, et vous remercie, chers confrères, de l'attention que vous avez bien voulu m'accorder. (*Applaudissements.*)

Un seul mot d'ailleurs permettra de répondre, en passant, à la critique récente formulée en cette matière par un maître en déontologie, M. le Dr Lereboullet. S'il faut redouter, comme il l'a dit, de placer le médecin entre son devoir et son intérêt, dans la crainte que celui-ci ne parle trop haut, reconnaissons bien vite que, créer des sanatoria et des asiles, et y envoyer ses malades, c'est pour les médecins faire acte de désintéressement, car il serait plus lucratif de continuer les visites à domicile et de s'en tenir aux vieilles routines de la thérapeutique par les médicaments. Entrer dans la voie que je propose de suivre, c'est donc, pour le corps médical, se sacrifier, une fois de plus, comme dans toutes les questions d'hygiène publique, à l'intérêt général ; c'est faire en conscience son devoir dans la plus belle acception du mot. Qu'on ne parle donc plus de suspicions : elles sont dénuées de tout fondement. (*Assentiment.*)

On objectera peut-être aussi à ce projet que l'idée n'est pas assez mûre en France. Mais je proteste contre cette assertion. Le nombre est déjà grand des cures obtenues par les établissements médicaux spéciaux, et connues du public. La vulgarisation de cette pratique marche à grands pas, même en dehors de nous. J'affirme qu'il nous importe de diriger ce mouvement pour qu'il ne s'égare pas ; que nous aurions mauvaise grâce à nous le laisser imposer, qu'enfin si la maturité n'en est pas encore complète, c'est à nous de la produire, dans le plus bref délai possible. (*Applaudissements.*)

M. le Président. — Vous voyez avec quelle conscience notre confrère a fait l'exposé d'une question qui aura peut-être une grosse importance pour le Corps médical, et qui est toute d'actualité. M. le Dr Jeanne a réclamé l'opinion de l'Assemblée, je déclare la discussion ouverte.

M. le Dr Rolland. — J'approuve pleinement l'opinion personnelle qui se dégage de cette étude. Bien au courant des objections présentées, ailleurs, par M. Lereboullet, je les considère comme ne pouvant détruire le droit qui vient d'être hautement et publiquement revendiqué pour le Corps médical. Il fut un temps où des maîtres mettaient à l'index les confrères qui possédaient des maisons de santé : les choses ont tellement changé que nous les voyons eux-mêmes en provoquer la création aujourd'hui. Et, si tel est notre droit, j'estime que nous devons en user afin de ne pas l'abandonner à des financiers, qui peut-être en abuseraient.

M. le Dr Belloncontre. — J'ai dit récemment au Syndicat de la Seine, et je comptais redire aujourd'hui ce que je pense à ce sujet. Mais le travail très complet de M. le Dr Jeanne ne me laisse rien à ajouter. Je me bornerai donc à vous demander d'en adopter les conclusions par l'ordre du jour suivant :

« Il est licite pour les médecins de se constituer en Sociétés financières pour la fondation et « l'exploitation des stations climatériques et hydrologiques, des maisons de santé et de tous les « établissements médicaux. »

M. le Dr Augé. — J'approuve aussi les conclusions de cette étude, mais je demande la suppression du mot « financières » dans l'ordre du jour proposé ; il me paraît prêter le flanc à des appréciations malveillantes que nous pouvons éviter.

M. le Dr Jeanne. — Ne reculons pas devant les mots, nous n'avons rien à cacher. Je suis, pour mon compte, tout disposé à accepter intégralement l'ordre du jour de M. le Dr Belloncontre.

M. le Dr Augé. — Je le comprends, mais je persiste à penser qu'il est inutile de laisser prise à des insinuations plus ou moins fondées, que provoquerait le qualificatif.

M. Lordereau, conseil judiciaire. — Il me semble que le mot financières n'ajoute rien à la pensée de ceux qui le soutiennent : Vous direz tout en revendiquant le droit de constituer des Sociétés pour l'exploitation, etc.

M. le Président. — Je prie M. Bellencontre de relire l'ordre du jour et de dire s'il ne consent pas à y faire la modification proposée.

M. le Dr Bellencontre. — Je propose la rédaction suivante :

« Il est licite pour les médecins de se constituer en Société aux fins de fonder et d'exploiter directement, avec leurs ressources personnelles, les stations climatériques et hydrologiques, les maisons de santé et tous les établissements similaires. »

M. le Président. — Je mets aux voix cette nouvelle rédaction. (*Adoptée à l'unanimité.*)

Ce point acquis, nous vous demanderons, chers confrères, de dire si vous entendez que le *Concours* prenne l'initiative d'étudier, pour son compte, des projets d'établissements de ce genre. C'est une décision à prendre dont nous ne saurions vous dissimuler la gravité. Des affaires de ce genre ne vont pas sans des aléas et elles ne peuvent que nous paraître très redoutables pour nous.

M. le Dr Beuve. — A mon sens, le *Concours* doit patronner énergiquement ces œuvres, pour leur côté humanitaire. Mais je le verrais avec inquiétude en prendre la gestion : cette crainte est partagée par les trois confrères qui sont assis près de moi.

M. le Dr Bérillon. — Notre droit est établi, notre appui est acquis à tous ceux qui, dans cette voie, isolés ou groupés, iront de l'avant. Là doit se borner l'initiative du « *Concours médical* ».

M. le Dr Jeanne.— Parce que nous sommes un groupe nombreux, j'aurais souhaité que nous poussions plus loin, au moins dans la voie des études, croyant la tâche honorable et plus facile, pour nous, que pour les initiatives isolées.

M. le Dr Bérillon. — Il vous faudra faire des dépenses, presque dès le début : je m'inquiète du côté financier de la question.

M. le Dr Gassot. — Vous devez remarquer que, pour cette question, le Conseil de Direction ne vous demande pas l'ouverture d'un crédit au budget de la Société civile du Concours médical. Des études peuvent être faites, sans grandes dépenses d'ailleurs, mais elles ne seront pas faites aux frais de la Société.

M. le Dr Chopinet. — J'appuie les conclusions de M. le Dr Beuve.

M. le Dr Gassot. — Il est souhaitable que des études sérieuses soient faites sur cette question, nous sommes tous de cet avis, mais nous croyons aussi que la Société civile du Concours médical doit y rester étrangère. Dans ces conditions, une commission d'initiative, composée des médecins que la question intéresse, peut se constituer et faire ces études. Il ne s'agira plus alors du *Concours médical*, sa responsabilité morale et pécuniaire sera sauvegardée. Nous ne sortirons pas de notre programme, et cependant la question des sanatoria pourra être sérieusement examinée.

M. le Président. — Je mets aux voix cette proposition. (*Adoptée à l'unanimité.*)

Quel que soit le résultat des études à entreprendre, il reste entendu que nous avons le plein droit de faire valoir nos capitaux dans des entreprises professionnelles. C'était une question intéressante à envisager, et nous sommes heureux qu'elle ait été soulevée, et surtout résolue, par l'unanimité de l'Assemblée.

Quant à notre appui, nous le donnerons sans réserves et sous la forme la plus utile qu'il nous le paraîtra, aux confrères isolés ou groupés qui voudront suivre hardiment la voie nouvelle. (*Assentiment général*).

Les consultations payantes dans les Hôpitaux.

M. le Président. — La parole est à M. le Dr Richard (de Lille), dont vous avez lu récemment une lettre au journal, et qui désire vous soumettre ses observations sur une innovation pratiquée dans les hôpitaux de Lille, innovation dangereuse et injuste, sur laquelle vous aurez à donner votre avis.

M. le Dr Richard-Lesay fait d'abord l'historique des mesures préliminaires, de nature tendancieuse et vexatoire, prises par les administrations hospitalière, municipale et préfectorale de Lille, avant d'en arriver à la création du nouveau service qui menace d'un grave préjudice les intérêts légitimes du médecin.

Mais aujourd'hui, dit-il, malgré une conférence entre les administrateurs des hôpitaux d'une part, et d'autre part le recteur de l'Université et le Doyen de la Faculté de médecine, nous sommes en présence d'un fait accompli. Des consultations seront données par les médecins et chirurgiens des hôpitaux aux personnes soupçonnées d'être nécessiteuses, qui verseront cependant la somme de 1 fr. ou de 0 fr. 50, à l'administration hospitalière.

Le Syndicat médical de Lille ne s'est pas encore assez ému, parce qu'il ne voulait pas gêner le Doyen dans ses démarches : mais trois chefs de service ont refusé de se prêter au petit commerce administratif, et le Syndicat leur a voté un ordre du jour de félicitations. M. le Dr Richard propose comme conclusion l'ordre du jour suivant :

« Les membres du Concours réunis en Assemblée générale, après avoir entendu le récit des faits, « protestent contre l'institution des consultations payantes dans les hôpitaux, contre le droit que « s'arrogent les commissions hospitalières de créer ainsi dans leurs locaux et à leur profit une en- « treprise médicale préjudiciable aux intérêts du corps médical,

« Faisant remarquer que les soins n'ont jamais été refusés, par nous, aux indigents, que nul mé- « decin des hôpitaux de Lille ne s'était plaint du nombre des consultations gratuites, ils prient le « Bureau de vouloir bien soutenir, près des pouvoirs publics, les revendications du corps médical, « en invoquant la question des principes qui doivent régir l'Assistance publique et celle des inté- « rêts professionnels. »

M. le Dr Rolland. — Je suis prêt à voter ce que demande notre confrère, mais je ne croirai au succès que par le refus général et formel des chefs de service, de se soumettre aux nouvelles exigences de l'Administration.

M. le Dr Archambaud. — Certes, il faut donner à nos confrères Lillois la satisfaction qu'ils réclament. Mais je propose d'aller plus loin, et de nommer une commission chargée de formuler nos desiderata non seulement au sujet des consultations payantes, mais aussi en ce qui concerne l'admission des malades payants au séjour de l'hôpital.

M. le Président. — Je vous soumets la question, et vous demande si vous désirez la résoudre dans le sens que vient d'indiquer M. Archambaud. (*Adopté.*)

Nous n'avons pas trop d'une année, en effet, pour étudier cette question sous toutes ses faces et rechercher les solutions convenables.

Réorganisation de l'enseignement de la médecine.

M. le Président. — Nous arrivons, chers confrères, à l'examen des propositions que vous avez à nous faire. Je donne la parole à M. le Dr Archambaud.

M. le Dr Archambaud. — Un certain nombre de confrères ont résolu, à mon instigation, de constituer une commission chargée de rédiger un projet de réorganisation de l'enseignement médical en France, projet que M. le Dr *Chassaing*, député, s'est engagé à déposer sur le Bureau de la Chambre. Nous avons été frappés des inconvénients nombreux de l'état de choses actuel et, sans vouloir ici les signaler tous et en faire sentir l'importance, je vous en indiquerai au moins deux dont la gravité ne vous échappera pas. L'un consiste en ce que bon nombre de nos professeurs font plus de clientèle que d'enseignement. Sortant ainsi de leur rôle, par nécessité, dans une certaine mesure, ils augmentent la gêne créée par l'encombrement médical. Le deuxième résulte de ce que certaines matières ne sont pas enseignées à l'Ecole, ou le sont insuffisamment. Dès que nous arrivons en clientèle, et particulièrement dans les campagnes, nous constatons l'insuffisance de notre bagage scientifique en bien des points et nous souffrons de ne pas être, partout et toujours, complètement à la hauteur de notre mission.

Le *Concours médical* a pu apprécier comme nous les lacunes à combler. C'est pourquoi je vous demanderai de désigner deux délégués pour nous aider dans notre tâche. (*Applaudissements.*)

M. le Président. — Vous n'hésiterez pas, j'en suis sûr, chers confrères, à répondre à cet appel. (*Assentiment*). Veuillez, en conséquence, désigner vos deux mandataires.

MM. les Drs Rolland (de Toulouse) et P. Valentin (de Paris) reçoivent et acceptent le mandat de l'Assemblée.

Taxes sur les locaux, les voitures et les domestiques du médecin.

M. le Dr Vignes (de Corbeil). — Nous avons entendu parler toute l'année de réformer les impôts qui nous touchent, et j'ajouterai qui nous touchent injustement.

Il me semble donc opportun d'appeler l'attention des députés et sénateurs sur la nécessité de nous appliquer les principes de justice sociale dont il a été question. J'émets en conséquence ce vœu, en vous priant de le faire nôtre, chers confrères, que nos patentes soient abaissées, qu'elles ne soient pas applicables au domicile, où nous n'exerçons pas, que les chevaux et voitures du médecin soient imposés comme chez les industriels, c'est-à-dire à titre d'instruments de travail, que notre cocher indispensable échappe à la taxe, si on la crée, ainsi que notre bonne.

Nous rendons à la Société assez de services gratuits pour qu'elle nous exonère de charges absolument injustes. (*Applaudissements.*)

M. le Président. — Ce vœu était bien de circonstance, je constate avec plaisir son adoption par l'unanimité de l'Assemblée.

Médecins experts, médecins légistes.

M. le Président. — La parole est à M. le Dr Jeanne pour une intéressante question, que de récentes discussions de presse mettent évidemment à notre ordre du jour.

M. le Dr Jeanne. — Je n'aurai pas, à mon grand regret, chers confrères, le plaisir de vous annoncer que la chancellerie est décidée à nous appliquer le tarif de 1894 sur les honoraires médico-légaux, comme nous l'avions tous compris. Non, les circulaires restrictives sont toujours en vigueur : il paraît qu'en haut lieu on attend de l'argent, pendant que nous attendons de l'équité. Notre excellent confrère M. *de Grissac* continue les démarches qu'il s'est engagé à faire et il espère une solution prochaine.

Je désire seulement vous rappeler les attaques dirigées tout récemment, contre les médecins légistes, à propos de l'erreur judiciaire dont fut victime la veuve Druaux. Nous ne nous attarderons pas, si vous voulez m'en croire, à relever toutes les allégations fantaisistes qui ont été formulées contre nos confrères de Rouen.

Mais je vous propose de retenir ce fait, que nous avons toujours accepté à contre cœur, l'article 23 de la loi Chevandier : *Tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de la justice, etc.*, parce que nous avions trop souvent le sentiment de notre incompétence, et que nous autorisant du paragraphe 3 de l'article 14 (*le même réglement d'administration publique déterminera les conditions suivant lesquelles pourra être conféré le titre d'expert devant les tribunaux*), nous sommes bien fondés à demander qu'en pareille matière on exige de nous des connaissances spéciales, et on nous accorde une rétribution convenable.

Comme conséquence, il me paraîtrait utile d'aller au devant du désir probable de M. le Doyen, (désir manifesté dans une interview), en lui faisant connaître nos desiderata par la lettre suivante :

Monsieur le Doyen,

Les membres de la Société du Concours médical, réunis en assemblée générale, se sont justement émus des plaintes formulées, de toutes parts, à propos de l'affaire Druaux, au sujet des conclusions des médecins légistes en général.

Sans vouloir d'aucune façon critiquer les confrères de Rouen, l'assemblée s'est montrée convaincue de l'urgence de donner à l'enseignement de la médecine légale le développement qu'il comporte et que vous avez indiqué vous-même ; de délivrer aux médecins ayant fructueusement suivi cet enseignement, un certificat d'aptitude spéciale ; de confier à ceux-ci, en procédant par voie d'extinction, les postes vacants de médecins légistes, à condition qu'on leur assure des honoraires proportionnés à leur délicate et redoutable mission.

Ils vous prient, en conséquence, Monsieur le Doyen, de poursuivre instamment, par toutes voies utiles, et dans le plus bref délai possible, la réalisation de ce vœu dicté par l'unique souci de répondre aux exigences de l'intérêt général.

Veuillez agréer :

Pour la Société du Concours médical, réunie en Assemblée générale le 15 novembre,
Le Directeur, Dr Cézilly.

M. le Président. — Je mets aux voix la proposition de M. le Dr Jeanne. (*Adopté.*)
Cette lettre sera envoyée à M. le Doyen en votre nom.

Les Médecins étrangers dans les Associations professionnelles.

M. le Président. — M. le Dr Chamousset (de Bellême), membre du Syndicat de Laigle, nous fait connaître qu'il a adressé le 25 août, à M. le Président de l'Association professionnelle de l'Orne, une protestation contre l'admission de deux médecins étrangers dans son sein, et prie l'Assemblée générale du « Concours médical » de dire quelle doit être l'attitude uniforme de nos Sociétés en présence de ces candidatures.

Le temps nous presse : vous me permettrez de vous consulter par questions.

Doit-on adopter une attitude uniforme ? (Non ! Non !).

Un membre. — Chaque société est responsable de son mode de recrutement : Nous avons eu satisfaction par la circulaire Rambaud, en ce qui concerne l'avenir. Présentement il est sage d'accepter le fait accompli, en ce qui concerne les médecins établis et de les accueillir confraternellement quand ils sont corrects dans leurs relations.

M. le Président. — Etes-vous d'avis de vous prononcer ? (Non, non).

Nous répondrons donc, chers confrères, que chaque société est libre d'agir à son gré. (*Assentiment général.*)

Le Président déclare la séance levée.

RÉUNION ET BANQUET

La réunion du 15 novembre a eu divers caractères qui s'accentuent de plus en plus, avec les années et les nouvelles organisations du Concours. Tous les assistants font preuve d'une ardente bonne volonté, pour le triomphe des intérêts professionnels et ils expriment leur ferme désir de faire partager leurs sentiments à leurs amis. On discute avec animation et cordialité et toujours, de la discussion, surgissent les meilleures solutions. Pas un instant n'a été perdu de 4 à 7 heures.

C'est à ce moment qu'on passe dans le salon d'attente et que le Conseil de Direction fait un chaleureux accueil aux invités du Concours : Le professeur *Cornil* ; MM. *Viger, Cosmao-Dumenez, Pédebidou*, députés ; MM. *Rondel* et *Léon Petit*, contrôleurs de l'Assistance médicale ; MM. *Lordereau* et *Chanlaire*, nos conseils. Le siège de M. le sénateur *Laurens*, de la Drôme, empêché, au dernier moment, est resté inoccupé.

Puis à 7 heures 3/4, on passe dans la magnifique salle du Banquet, dont le service n'a rien laissé à désirer et après le repas, une série de toast cordiaux consacrent la journée et témoignent par les idées exposées, que l'année 1896 a été une bonne et excellente année pour la Société du *Concours Médical*.

Les assistants du banquet de 1897 ne pourront être guère plus nombreux, puisque la salle à manger était remplie ; la cordialité et l'entrain ne pourront être plus grands qu'en 1896.

Nous donnerons, prochain numéro, le compte rendu in extenso, de la très intéressante assemblée générale de l' **Association amicale**, *pour l'indemnité en cas de maladie. Elle a été la constatation de la vitalité et de la prospérité de l'œuvre. Nous voulons bien augurer de son succès, pour le succès de la* **Caisse des pensions des veuves et orphelins.**

MENU

Potages.
Bisque et Reine.
Hors d'Œuvre.
Crevettes, Beurre, Harengs Russes
Relevé.
Soles Maréchale.
Entrées.
Râble de Chevreuil Saint-Hubert.
Aiguillettes de Canetons Périgourdine.

Sorbets Fine Champagne.
Rôt.
Faisans et Perdreaux sur Croustades.
Salade.
Terrine de foies gras aux Truffes.
Légumes.
Pointes d'asperges à la Crême.
Cardons à la Moëlle.

Entremets.
Bombe Glacée.
Gaufres.
Dessert.
Vins.
Bordeaux, Médoc.
Sauternes supérieur.
Saint-Pierre Saint-Julien.
Corton 1881.
Champagne Bardoux de Rilly frappé.
Café. Liqueurs.

Au dessert M. Cézilly se lève et s'exprime en ces termes :

Toast du Directeur.

Messieurs, chers Confrères,

Vous êtes tous des adeptes fervents de l'union médicale et de sa forme par excellence : l'Association. Vous êtes convaincus qu'elle procure force, sécurité et amitiés précieuses. Vous croyez que s'isoler, c'est se diminuer.

Le Concours médical est la Ruche mère de déjà pas mal d'Associations. Les essaims, sortis de son toit, ont prospéré tout près d'elle ; seul, un de ses plus chers, nourri, tant d'années, de son miel le plus pur, a essaimé, au loin, trop loin, de l'autre côté de la rivière... vers la montagne. Je souhaite qu'il prospère et qu'à son tour, il produise de nombreux essaims. (*Rires.*)

Puisque s'unir est bon pour les médecins, *rester unies*, n'est pas moins bon pour leurs sociétés ; elles doivent être très étroitement affiliées ; elles se rendent ainsi des services mutuels, des services journaliers, à peu de frais, puisqu'elles se touchent et que de plus, les nôtres, issues de la même mère, doivent s'aimer toujours.

Je viens donc vous prier aujourd'hui, chers Confrères, de veiller, avec un soin jaloux, à ce que les sociétés du Concours médical restent désormais unies comme les doigts de la main.

Nos associations ont été établies pour la *protection des médecins*. Notre maître, M. Cornil est chargé, lui, de la *protection de la santé publique*. Je suis assuré, qu'il n'oubliera pas la protection des intérêts des médecins chargés de l'exécution de cette loi et qu'il réussira à en doter la France.

Alors nous la nommerons *Loi Cornil*, comme nous avons appelé *loi Chevandier* celle dont notre regretté confrère nous a conté, dix ans, les vicissitudes, à nos banquets, comme on a nommé *loi Roussel* celle qui a conservé tant d'enfants à notre patrie.

Je bois aux membres du Concours médical ; à nos invités. Je bois à l'*Union indissoluble des Sociétés du Concours médical*. (*Applaudissements.*)

M. Cézilly adresse ensuite quelques paroles, très chaleureusement accueillies, aux invités et en particulier à MM. Cornil et Viger.

Toast de M. Cornil.

Nous reproduisons le sens des paroles prononcés par M. Cornil, qui s'est exprimé à peu près en ces termes :

Messieurs, M. le Dr Cézilly vient de me mettre en cause, avec des éloges dont je ne saurais trop le remercier. Il peut être certain que le corps médical trouvera auprès des membres du parlement l'appui qu'il est en droit d'espérer, à cause de tous les services qu'il rend à la Société. En réclamant le vote de la loi sur la santé publique, c'est encore l'intérêt général qu'il poursuit ; j'espère bien que le Sénat ratifiera les décisions de la Chambre et sauvegardera les très justes intérêts du médecin, le véritable gardien de la santé publique.

Je bois à la santé du directeur du Concours médical et à celle de ses collaborateurs infatigables et si méritants. (*Applaudissements.*)

Toast de M. le Dr Gassot.

Messieurs,

Notre excellent Directeur vous parlait tout à l'heure de la nécessité de rester unis, permettez-moi d'insister.

Nous entendons parfois dire, surtout par nos confrères les plus jeunes, que le progrès est bien lent et que les améliorations obtenues par le corps médical sont de bien peu d'importance. Il me semble pourtant que si l'on se reporte à cinquante ans, à l'époque du Congrès de 1845, on doit trouver que la situation a singulièrement changé ; et même sans remonter aussi loin, si nous nous reportons au moment où M. Cézilly a jeté les bases du Concours médical, nous ne pouvons nous empêcher de constater des améliorations sérieuses, améliorations qui, je m'empresse de le dire, auraient été plus nombreuses et plus importantes encore, si nous avions fait preuve de plus d'esprit d'union.

Je ne sais si jamais l'isolement a été bon pour le médecin, mais il est impossible de ne pas reconnaître qu'il lui est interdit désormais, dans une société où la collectivité tend à se substituer de plus en plus à l'individualisme.

C'est par notre union seule que nous pouvons triompher, c'est par elle seule que nous pouvons nous défendre. (*Applaudissements.*)

Et la chose commence à être comprise et redoutée de cet excellent public qui, accoutumé à nous exploiter à la faveur de nos divisions, renonce difficilement à une si douce habitude. Aussi la campagne est-elle commencée pour nous désunir à nouveau : ici on suscite les convoitises, on fait appel à la vanité ; là on oppose à l'intérêt général l'intérêt particulier immédiat, on cherche à constituer au sein de nos associations des groupes hostiles ; — si nous ne savons résister à ces manœuvres, c'en est fait du mouvement professionnel de ces quinze dernières années ; il s'évanouira comme celui de 1845. (*Nouveaux Applaudissements.*)

Permettez-moi donc, Messieurs, de boire à la prospérité de nos associations médicales grandes et petites, aux associations de prévoyance comme à celles de défense professionnelle, de lever mon verre en l'honneur des vaillants confrères qui ont bien voulu assumer la tâche, souvent fort lourde de les diriger, de boire à la santé de ceux qui nous ont aidés à les constituer : Gibert, Geoffroy, Lande, Barat-Dulaurier, Maurat, Jeanne, Lécuyer, Bard, de Fourmestreaux, Huguenin, Archambaud et tant d'autres. (*Applaudissements répétés*), de tous ceux enfin qui, présents ou absents, connus ou inconnus, out souci du bien-être, de l'indépendance et de la dignité du médecin. (*Triple salve d'applaudissements.*)

Toast de M. le Dr Viger, député.

M. le Dr Viger, se lève et prononce une allocution dont voici le résumé :

Mes chers Confrères,

Je dois d'abord remercier notre cher Directeur des paroles aimables qu'il m'a adressées.

Je suis depuis quinze années son œuvre et rends pleine justice à ses efforts comme à sa ténacité. Chaque année, je le vois vous apporter une organisation nouvelle, destinée à améliorer la situation du médecin, en diminuant ses soucis ou en augmentant son bien-être : il est toujours sur la brèche et réussit toujours. (*Applaudissements*).

Et vous, mes chers confrères, je dois vous remercier de l'accueil toujours si sympathique que je trouve près de vous. Vous m'avez chaleureusement reçu lorsque, membre du gouvernement, je suis venu m'asseoir à votre banquet ; vous me recevez aussi cordialement maintenant que je suis sorti du Ministère. (*Voix diverses* : « Vous y rentrerez ! » *Applaudissements.*)

Vous seriez capables de me donner l'illusion du pouvoir. (*Rire général.*)

Je suis heureux d'être des vôtres, croyez-le bien, et ce que j'admire le plus chez vous, c'est que vous travaillez, c'est que vous aboutissez par vos seuls efforts, sans rien demander de cette manne gouvernementale de laquelle on consent si difficilement à se passer dans notre pays. Vos œuvres sont bien à vous, elles sont ce que vous les avez faites et elles ne doivent rien à personne.

C'est que pour vous guider, vous avez cet esprit scientifique que tous nous avons puisé dans l'enseignement de nos maîtres, cet esprit médical auquel nous devons tous ce que nous sommes et auquel, pour ma part, je n'hésite pas à attribuer les situations auxquelles j'ai pu parvenir. (*Applaudissements.*)

Permettez-moi donc de porter la santé du docteur Cézilly, celle de nos maîtres auxquels nous ne saurions conserver trop de reconnaissance, de boire enfin à l'esprit médical. (*Applaudissements prolongés suivis d'un ban général.*)

Toast de M. le Dr Maurat.

Messieurs et chers Confrères,

L'année dernière, à pareille époque, je terminais mon toast en levant mon verre à l'organisation définitive et loyale de *l'assistance médicale gratuite.*

Il faut reconnaître que mon souhait n'a pas été pleinement réalisé pendant l'année qui vient de s'écouler car, de toutes parts, nous viennent des réclamations et des plaintes qui sont, hélas ! trop fondées.

Cette organisation ne saurait évidemment être uniforme et comporte des modifications aussi nombreuses que les milieux où elle doit être appliquée ; mais, ce que nous devons reconnaître, c'est que si partout les réclamations des médecins ont été modérées, presque partout également nous nous sommes heurtés au mauvais vouloir, quelques fois même à la mauvaise foi de ceux qui sont chargés de l'appliquer : particulièrement des maires et conseillers municipaux qui sont chargés de dresser les listes d'indigents et de voter les fonds nécessaires au fonctionnement du service.

Cela tient, il faut bien le dire, à ce que la loi, mal faite, est d'une interprétation difficile et d'une application dans bien des cas impossible. Les préfets sont sans action sur les maires ; ils ne sauraient leur imposer les inscriptions auxquelles ils se refusent et nous continuons trop souvent, comme par le passé, à supporter seuls les charges de la charité publique. Cette situation toujours grave, le devient encore plus par l'encombrement croissant de notre profession et par la diminution du nombre des malades, grâce à l'application d'une hygiène mieux comprise et dont nous sommes également les facteurs principaux.

Il faut bien dire aussi (car il est toujours bon de reconnaître ses fautes, ne fût-ce que pour s'en corriger, que trop souvent nous sommes les artisans de notre propre malheur, par une apathie et une négligence dont nous sommes trop coutumiers quand il s'agit de nos intérêts. Il est vrai également que, par conpensation, nul ne s'entend mieux que nous à récriminer quand il est trop tard et lorsque le mal est fait. (*Rires.*)

Il ne me semble pas douteux que si chacun de nous, dans sa sphère d'action voulait, pendant un certain temps s'astreindre à signaler toutes les infractions à la loi qui parviendraient à sa connaissance ; si chacun de nous dévoilait les oublis, les erreurs, les fraudes et, une fois, deux fois, vingt fois, s'il le fallait, adressait sa plainte à l'administration préfectorale, nous obtiendrions certainement des résultats importants. Je suis même convaincu que les préfets, fatigués des réclamations constantes dont ils seraient l'objet ne tarderaient pas à réclamer unanimement des pouvoirs publics les modifications nécessaires au bon fonctionnement de la loi.

Je ne veux pas m'étendre plus longtemps sur une question déjà longuement traitée dans le *Concours médical* et qui sera certainement l'objet de nombreux articles pendant l'année qui va suivre, car elle est vitale pour la profession, mais, avant de terminer, je tiens à remercier MM. Rondel et Petit, contrôleurs du service, ici présents, qui ont toujours avec bienveillance, écouté les réclamations que nous leur avons adressées, au nom de certains de nos confrères et qui font, chaque jour, tous leurs efforts pour l'amélioration du service. J'espère qu'ils voudront bien continuer à nous soutenir, de tout leur pouvoir, dans nos légitimes revendications. J'espère que, le cas échéant, la réunion médicale parlementaire, dont nous avons ici de nombreux et zélés représentants, voudra bien nous prêter son puissant concours et je lève mon verre à leur réussite. (*Applaudissements.*)

Toast du Dr Léon Petit

Délégué du Ministre de l'Intérieur au Contrôle général des services de l'Assistance médicale.

Mes chers Confrères,

J'aurais mauvaise grâce à défendre, ce soir, la loi sur l'Assistance médicale gratuite, puisque, si j'en juge par les paroles qui viennent d'être prononcées, vous en êtes pour le plus grand nombre, des défenseurs convaincus ; ce dont je vous félicite.

Sur quelques points, cependant, le nouveau service provoque encore des réclamations de la part du

corps médical. Permettez-moi de vous mettre en garde contre une erreur dans laquelle la plupart des réclamants sont tombés. Ils formulent leurs plaintes contre la loi, alors que le règlement départemental est seul responsable du préjudice qui leur est causé.

Nul ne saurait contester le principe de la loi du 15 juillet 1893 qui, résultante logique de notre évolution sociale, a imposé à la Société l'obligation d'assurer l'Assistance médicale aux malades privés de ressources. En le votant, le législateur, par désir ou par besoin de décentralisation, a voulu laisser, aux pouvoirs locaux, le soin de régler eux-mêmes, en s'inspirant des besoins locaux, les détails de cette assistance dans chaque département.

Quand nous nous croyons lésés, ce n'est donc pas contre la loi qu'il nous faut protester, ce n'est pas davantage sur l'administration centrale que nous devons faire tomber les responsabilités. Il nous appartient alors, sans implorer un appui qui ne peut nous servir, de faire nos affaires nous-mêmes, car nous sommes armés et bien armés pour défendre nos intérêts.

Retournons-nous vers les pouvoirs locaux représentés d'une part, par les Conseils généraux qui ont plein pouvoir pour établir et modifier les règlements départementaux, et d'autre part, vers cert aines municipalités qui, plus pénétrées de leurs droits que de leurs devoirs, ont voulu, sans consulter les intérêts de notre profession, se placer en dehors du règlement départemental, bénéficiant d'un certain article 35, dont généralement personne ne bénéficie, nous, moins que personne ! Et surtout, restons rêveurs en présence de certains des nôtres qui, comme médecins, réprouvent telles dispositions réglementaires qu'ils n'ont pas hésité à voter, en qualité de conseillers généraux !

Il nous appartient de défendre notre profession, auprès de ces assemblées issues du suffrage universel, d'abord par la persuasion et s'il est nécessaire par la force, sans oublier jamais que la vraie force est faite de calme et de persévérance. Comme citoyens et comme électeurs, il nous est facile avec un peu d'initiative, de faire prévaloir, quand elles sont fondées, nos revendications de médecins.

Je bois, mes chers confrères, à l'esprit d'initiative qui fait la force des corporations, comme celle des individus, et des nations libres. Cet esprit d'initiative, sachons l'acquérir, sachons l'utiliser et remercions *le Concours médical*, qui, dans cet ordre d'idées, a su nous donner un exemple auquel nul de nous n'a le droit de rester indifférent ! (*Applaudissements.*)

Toast de M. Cosmao.

Mes chers Confrères,

Mon intention n'était pas de prendre la parole à ce banquet, mais puisque j'ai arrêté un instant notre excellent ami, le Dr Maurat, veuillez me permettre en quelques mots de justifier mon interruption.

Vous avez dit, cher confrère; que la loi pour l'organisation de l'Assistance médicale gratuite était mal faite, et je vous ai répondu : — non pas, mal faite, mais souvent mal appliquée. Les indigents, pensez vous, sont à la discrétion des maires et des conseilers municipaux qui peuvent leur refuser l'inscription sans laquelle ils ne peuvent bénéficier des avantages de la loi. — Oui, évidemment. — Mais le législateur a prévu ces petites tyrannies locales. S'il y a des maires et des conseillers municipaux assez peu scrupuleux, assez méchants, assez malhonnêtes pour commettre une si mauvaise et si honteuse action, l'indigent aux termes de la loi peut s'adresser à la Commission cantonale, présidée par le juge de paix, qui requiert son inscription. Les indigents ne le font pas, parce qu'ils n'osent pas le faire, — je le sais bien, — mais nous n'y pouvons rien ; la loi le leur permettant, ils n'ont qu'à en demander l'application.

Et, puisque vous adressant aux membres du parlement présents à cette fête, vous m'avez attiré sur le terrain de l'Assistance médicale, qu'il me soit permis de donner très brièvement et en toute franchise mon opinion sur cette nouvelle loi. Elle est très favorablement accueillie dans un grand nombre de départements : dans le Finistère, par exemple, que j'ai l'honneur de représenter, tant à la Chambre, qu'au Conseil général, tout le monde est content ; le pauvre choisit son médecin comme il l'entend et le corps médical est satisfait des tarifs d'honoraires ; il est vrai que le département s'impose un sacrifice annuel de cent mille francs. (*Applaudissements.*)

Ce qui a lieu dans le Finistère se passe dans un grand nombre d'autres départements ; s'il y en a quelques-uns où règne encore un certain mécontentement, qu'on y applique la loi, comme nous l'appliquons nous-mêmes ; les pauvres seront bien soignés, et les médecins de campagne, — j'entends surtout les ruraux, les vrais ruraux, ceux qui passent leur vie sur les chemins vicinaux, — y trouveront des avantages qu'ils ne connaissaient pas autrefois ; ils y trouveront leur compte, — c'est ce que je leur souhaite à tous, — et je vous demande la permission de lever mon verre en leur honneur. Mes chers confrères, buvons aux médecins de campagne. (*Applaudissements répétés.*)

Toast de M. le Dr Rolland.

M. le Dr Rolland dit que, dans sa région, l'organisation de l'Assistance publique a été fâcheuse et qu'au lieu d'accroître les ressources des médecins, elle les a diminuées. Les malades n'ont pas le choix de leurs médecins et le département est divisé en *circonscriptions médicales*.

Toast de M. le Dr Rigabert.

Après les toasts portés en l'honneur des confrères qui ont pris à tâche la défense de nos intérêts professionnels, laissez-moi lever mon verre et porter la santé de la rédaction scientifique du *Concours médical*.

Je crois être, d'autre part, votre interprète à tous en remerciant du fond du cœur un de nos rédacteurs si goûté des premiers temps du journal, Monsieur le docteur Le Gendre, médecin des hôpitaux, qui, chaque année, malgré ses occupations professionnelles veut bien ne pas nous oublier en venant prendre sa place à cette table. (*Assentiment général.*)

Toast du Dr Jaoul.

Mes chers Confrères,

Est-ce bien le moment de discuter ? Nous voici réunis en une agape confraternelle.

Trève donc à toute discussion, soyons tout à la joie. En demandant la parole, j'ai voulu, au nom de mon confrère et ami, le docteur Vignes et en mon nom, rendre ici un témoignage de reconnaissance à un homme, dont la présence à ce banquet a réveillé en nous d'agréables et lointains souvenirs, à notre ancien chef de clinique du professeur Bouillaud, en 1867 ; à M. le professeur Cornil.

Qu'il me permette de lui dire que nous avons gardé de son amabilité et de sa cordialité le meilleur souvenir ; et nous sommes surtout heureux de constater qu'il a tenu toutes les promesses de sa jeunesse.

A notre ancien chef de clinique, à M. le professeur Cornil. (*Applaudissements.*)

Toast de M. le Dr Jeanne.

Chers Confrères,

Comme il ne me paraît pas possible d'espérer résoudre à table les problèmes de l'application de la loi d'assistance médicale, je me contenterai de faire appel à tous les concours qui nous furent promis dans ce but.

Et je rentrerai dans la série des toasts qui pouvaient être projetés, en portant la santé de ceux de nos collaborateurs que M. Gassot a bien voulu oublier de citer, pour me laisser le soin de compléter sa liste.

Vous connaissez M. Lordereau, notre Conseil judiciaire, M. Chanlaire, notre Conseil financier et vous savez les apprécier.

D'autre part, vous avez pu voir encore à l'œuvre, aujourd'hui même, M. Léon Marie, qui nous a fourni souvent d'utiles renseignements et de précieux conseils.

Je bois, chers confrères, à la santé de nos collaborateurs extra médicaux. (*Applaudissements.*)

Toast de M. Marie.

Messieurs, je n'ai pas l'honneur d'appartenir au corps médical et je suis ici un simple profane, J'espère, cependant, que vous voudrez bien me permettre de prendre la parole devant vous, d'abord pour remercier M. le Dr Jeanne des quelques mots vraiment trop aimables qu'il vient de prononcer, puis pour formuler un vœu. A notre époque, la « lutte pour la vie » devient chaque jour plus âpre et plus difficile. Pour sortir vainqueur de cette lutte, il faut que le travailleur soit en pleine possession de toutes ses forces, de toute son énergie, de toute son intelligence. Et je n'attache pas ici au mot « travailleur » le sens vraiment trop restreint qu'on lui attribue souvent aujourd'hui ; je l'étends à tous ceux qui font œuvre utile, c'est-à-dire à vous tous, Messieurs, dont le labeur est parfois si dur. Eh bien, pour que le travailleur soit en possession de toutes ses facultés, il faut écarter de lui toute préoccupation, tout souci ; il faut qu'il ne se sente pas à la merci d'un accident imprévu et inévitable ; il faut, en un mot, qu'il possède la sécurité du lendemain. Cette sécurité, vous l'avez donnée à tous ceux de vos confrères qui ont bien voulu se joindre à vous, en fondant la « Caisse de retraite du corps médical », l' « Association amicale des Médecins de France » et la « Caisse des pensions des veuves et orphelins du corps médical », la dernière venue, que vous avez tenue aujourd'hui même sur les fonds baptismaux. Vous avez créé toutes ces œuvres de solidarité professionnelle dans un esprit de véritable et saine confraternité. Le vœu que je forme, c'est que votre philanthropique initiative soit couronnée d'un succès éclatant. Vous êtes quelques centaines, dans vos utiles Associations. C'est bien, comme début, mais cela ne saurait suffire. C'est par milliers que vous devez recruter des adhérents. Il faut que vous voyez venir à vous tous ceux de vos confrères qui ne sont pas sûrs du lendemain. Le nombre en est grand, sans doute, dans le corps médical français. Je termine donc en vous priant de vous unir à moi, Messieurs, pour boire au développement et à la prospérité du « Concours médical » et de ses œuvres de prévoyance. (*Vifs applaudissements.*)

A ce moment, un membre du Concours, M. le docteur Grellety, *se lève et le spirituel écrivain médical fait d'une voix chaude et vibrante, une proposition en faveur du directeur du Concours, M. Cézilly.*

Cette motion est accueillie avec un véritable enthousiasme par toute l'Assemblée et elle est consacrée par les plus vifs applaudissements.

M. Cézilly, en quelques mots, remercie ses confrères et il assure que la manifestation qui vient de se produire est la consécration, suffisante à son gré, du peu de bien qu'il a pu faire dans sa carrière déjà longue. Non ! Non ! Non ! (Applaudissements.)

Ensuite, M. Pédebidou, député des Hautes-Pyrénées se lève et s'exprime en ces termes :

Toast de M. le Dr Pédebidou (de Cauterets), Député.

Messieurs,

Je m'excuse de venir vous infliger un dernier toast ; permettez-moi de m'associer aux paroles de notre honorable confrère M. Grellety.

Il s'est fait l'interprète de tous les amis du Concours, en exprimant son vœu. Quand ce vœu s'accomplira, ce sera un hommage aux efforts de notre confrère dont la persévérante initiative a provoqué l'éclosion de cette foule d'œuvres de solidarité professionnelle, au premier rang desquelles il nous faut placer l'expansion du mouvement syndical.

Grâce au *Concours médical*, grâce au docteur Cézilly, il s'est peu à peu étendu à la France entière, à l'exception peut-être de quelques coins de notre Sud-Ouest, où l'encombrement de la profession, des tendances individualistes profondément enracinées, ont maintenu le corps médical dans l'ornière du passé.

L'émiettement des forces et des volontés a seul pu laisser une libre carrière à des faits semblables à ceux que signalait tout à l'heure notre collègue de Toulouse, M. le docteur Rolland. Alors que presque partout, en matière d'assistance gratuite, le système vosgien était adopté, le Conseil général de la Haute-Garonne accordait la préférence à la division du département en circonscriptions médicales.

Le médecin est ainsi devenu un fonctionnaire ; il a perdu quelque chose de son indépendance et consenti à cette atteinte, portée par l'organisation nouvelle, à la liberté des indigents, obligés de recourir au délégué officiel. Je suis convaincu que les Syndicats en activité sur quelques points de la Haute-Garonne ont, en cette circonstance, fait leur devoir. Isolées, les protestations devaient demeurer sans écho. Ne pensez-vous pas que le résultat aurait été bien différent, si une fertile agitation s'était produite dans tous les cantons, sous les auspices de Syndicats régionaux nombreux et disciplinés ? (*Vive adhésion.*)

Je salue le jour prochain où, comme un filet étreignant les abus dont souffre notre profession, des Syndicats couvriront le sol français et je lève mon verre à la prospérité de toutes les Associations médicales. (*Applaudissements.*)

On va prendre le café, et bien tard, avec de cordiales poignées de main, on se donne rendez-vous pour 1897.

Liste des Assistants à l'Assemblée et au Banquet.

Parmi les assistants aux Assemblées et les convives du banquet nous avons pu noter :

MM. Maurat (Chantilly) ; Gassot (Chevilly) ; Archambaud (Paris) ; Valentin (Paul) (Paris) ; Huguenin (Paris) ; Jeanne (Meulan) ; Pannetier (Triel) ; Le Menant-des-Chesnais (Ville-d'Avray) ; Mi-

gnon (Les Mureaux) ; Hervouet (Paris) ; De Fourmestreaux (Versailles) ; Lepage (Paris) ; Rolland (Toulouse) ; Cesbron (Marines) ; Capron (Chaumont-en-Vexin) ; Dunogier (Paris) ; Rousseau (Conflans-Sainte-Honorine) ; Vidal (Paris) ; Gassot fils (Paris) ; Pech (Verrières-le-Buisson) ; Lacroix (Paris) ; Leriche (Eaux-Bonnes) ; Fraenkel (Paris) ; Vayret (Courpières) ; Moreau (Versailles) ; Giberton (Jouy-en-Josas) ; Vignes (Corbeil) ; Bonnarme (Pons) ; Gilles (Garches) ; David (Claye) ; Rol (Bois-Colombes) ; Lasne (Aix-en-Othe) ; Richard (Lille) ; Rigabert (Marly-le-Roi) ; Lordereau (Avocat) ; Petitjean (Ferté-sous-Jouarre) ; Bouyer (Paris) ; Peltre (Bray-et-Lu) ; Bourdon (Etrépagny) ; Pontet (Rives) ; Léon Marie ; Licke (Maisons-Laffite) ; Cabasse (Vaucouleurs) ; Lalanne (La Teste) ; Lédé (Paris) ; Courtault (Royat) ; Jacob (Montsurs) ; Baronnet (Mantes) ; Chamousset (Belleme) ; Courgey (Ivry) ; Beuve (Dammartin) ; Lemaire (Compiègne) ; Bérillon (Paris) ; Lagelouze (Paris) ; Duchein (Seine-Port) ; Pasquet (Paris) ; Chopinet (Crépy) ; Augé (Pithiviers) ; Marais (Honfleur) ; Lorin (Paris) ; Roustan (Creil) ; Comar (Paris) ; Grognot (Milly) ; Sutils (Chapelle-la-Reine) ; Jacquot (Creil) ; Puy-le-Blanc (Royat) ; Jaoul (Sucy-en-Brie) ; Ribard (Meudon) ; Ribard (Paris) ; Kleczkowski (Grand-Fresnoy) ; Barrabé (Domfront) ; Duprilot (Chevreuse) ; Goueix (Versailles) ; Leroy (Noyon) ; Paul Daix ; Caire (Nanterre) ; Oger (Nanterre) ; Grellety (Paris) ; Chevallereau (Paris) ; Chamoin (Paris) ; Boulay (Paris) ; Bilhaut (Paris) ; Kortz (Paris) De Grissac (Argenteuil) ; Léon Petit (Paris) ; Rondcl (Paris) ; Mora (Bazoches-les-Gallerandes) ; Legendre (Paris) ; Bailly (Chambly) ; Bellencontre (Paris) ; Georges Berne (Paris) ; Raffegeau (Le Vésinet), etc., etc.

L'Union des Syndicats.

Nous profitons d'un peu d'espace, dont nous pouvons disposer, pour annoncer à nos lecteurs, que l'Assemblée générale des délégués a eu lieu, au siège social, 28, rue Serpente, le mercredi 25, à 2 heures. Une séance de plus de 4 heures a été consacrée à la discussion des rapports des diverses commissions et des vœux exprimés par un certain nombre de syndicats. Le secrétaire général, M. *Noir*, et le trésorier, M. *Duchesne*, après le discours Présidentiel, ont constaté les résultats excellents obtenus en 1896. Une laborieuse et fructueuse discussion s'en est suivie. Nous signalerons, en particulier, la reprise par un des présidents, M. *Lasalle*, de son vœu de constitution du *Conseil de l'Ordre des Médecins*, qu'il avait présenté il y a plusieurs années, à nos anciennes réunions.

Le Banquet de l'Union avait été fondu avec celui du Syndicat des médecins de la Seine. Il *a été fort nombreux et animé* et le vœu de M. *Lassalle* y a reçu un excellent accueil de M. le Doyen, de M. Henri Monod, de MM. Viger et Georges Berry et M. Leblond, président du Syndicat des médecins de la Seine. Plusieurs médecins belges, présidents de Syndicats, ont été nommés membres d'honneur. MM. Brouardel et Viger ont accepté le titre de *Présidents d'honneur de l'Union*. Les toasts ont été nombreux et la réunion s'est terminée fort tard dans la soirée.

Le Gérant : A. CÉZILLY.

BULLETIN D'ADHESION

A LA SOCIÉTÉ PROFESSIONNELLE « LE CONCOURS MÉDICAL »

Et d'Abonnement au Journal le « CONCOURS MÉDICAL »

Je soussigné (NOM, PRÉNOMS ET QUALITÉS), ______________

______________ *Médecin à* ______________

arrondissement d ______________ *département d* ______________

date de la naissance ______________ *reçu en* ______________ *désire faire partie des Membres de la* **Société du Concours Médical,** *dont j'accepte les statuts, et je déclare m'abonner au journal le « CONCOURS MÉDICAL », à partir du* ______________

A ______________ *le* ______________ 189

(SIGNATURE)

Membre de l'Association ou du Syndicat de ______________

ou présenté par M. le Dr ______________

(*Tout membre d'une Association médicale n'a pas à se faire présenter par un parrain.*)

NOTA. — Conformément à la décision de l'Assemblée générale du 7 novembre 1886 et sur l'offre du Directeur du Concours, chaque adhérent nouveau peut se dispenser de verser son droit d'entrée à la Société, s'il s'abonne au journal, le Directeur du journal faisant abandon à la Société du prix de la première année d'abonnement.

Les abonnements partent du 1er de chaque mois. On peut envoyer un mandat-poste : à défaut d'envoi l'Administration fera recouvrer à domicile.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de Poste.

Bien vouloir affranchir ce Bulletin et l'adresser à M. l'Administrateur du CONCOURS MÉDICAL, 23, Rue de Dunkerque, Paris.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place Saint-André, 3.

Dix-huitième année — N° 49 — 5 Décembre 1896

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

AVIS

Par suite de la maladie et du décès d'un des membres de la famille de M. le Dr Jeanne, secrétaire général de l'Association amicale, qui ont nécessité un long déplacement, nous sommes contraints de renvoyer au prochain numéro le compte-rendu de l'Assemblée générale de l'Association amicale, qui a eu lieu le 15 novembre.

PROPOS DU JOUR

La loi sur l'exercice de la pharmacie. Une grave affaire.

Elle est grave, très grave. La commission, quoique composée en majorité de médecins (rapporteur M. le Dr *Bourillon*, député de la Lozère), après de vives discussions, a accepté une transaction singulière, qui se résume en ceci : la distance qui doit séparer le médecin d'une officine, pour qu'il ait le droit d'avoir une pharmacie, serait fixée à 5 kilomètres ; de plus, le pharmacien pourrait *délivrer toute espèce de médicaments, excepté les substances toxiques énumérées dans une liste.*

Les médecins sont unanimes pour réclamer la liste des médicaments que les pharmaciens auraient le droit de délivrer. Il devrait leur être interdit de donner quoi que ce soit en dehors de cette liste. Toute la loi était là !

La décision de la commission est la porte ouverte au libre exercice de la médecine par les pharmaciens. Le péril est grand pour notre profession. Nous le signalons à nos confrères ; nous souhaitons que, quoique le rapport ait été lu, et soit prêt à imprimer, il ne vienne pas en discussion avant les vacances du jour de l'an.

Nous croyons qu'il ne faut pas affronter la discussion dans ces conditions et qu'il ne reste qu'une ressource : *se mettre en relation directe avec les députés de chaque arrondissement et leur demander le rejet du projet de loi, et le maintien de la loi qui régit l'exercice de la pharmacie.*

Nous supplions les *Bureaux des Syndicats* de convoquer, d'urgence, leurs sociétés et de prendre une délibération qui serait, sur-le-champ, transmise à tous les députés et sénateurs par l'*Union.*

Nous invitons tous les membres du Concours à s'aboucher avec leurs députés, afin d'obtenir d'eux la promesse formelle de s'opposer à la discussion des articles du projet de loi.

Notre Conseil de Direction a fait tout ce qui était en son pouvoir, pour remplir le devoir qui s'imposait à lui ; le temps presse : à nos confrères il appartient de défendre le plus vital de leurs intérêts.

A. Cézilly.

LA SEMAINE MÉDICALE

La chirurgie du cœur.

Il y a peu d'années encore, on eût été traité de visionnaire et de rêveur, si l'on eut osé dire que la chirurgie toucherait un jour au cœur. Le cerveau et la moelle épinière n'ont plus de secret pour les chirurgiens et voici qu'aujourd'hui un chirurgien d'outre-Rhin vient de suturer une plaie du cœur. Le fait paraît encore bien extraordinaire, et s'il ne venait d'Allemagne, où l'on raconte rarement des gasconnades, on serait

presque tenté de le mettre en doute. Mais, écoutons le résumé du *Centralblatt für Chirurgie* que donne la *Revue internationale de thérapeutique et pharmacologie*:

« Le Dr *Rehn* eut à donner ses soins à un individu, qui avait reçu un coup de couteau (de cuisine) dans le 4e espace intercostal gauche, à 2-3 centimètres du bord gauche du sternum. Aussitôt après qu'on eut retiré le couteau, un jet de sang jaillit de la plaie. Le blessé s'affaissa, et resta couché sur place pendant trois heures. Puis il put se traîner pendant quelques minutes au bout desquelles il s'affaissa de nouveau. C'est alors qu'il fut transporté à l'hôpital par des gens du voisinage. En arrivant, il était dans un état profond de collapsus, ne répondant pas aux questions qu'on lui adressait. Il était d'ailleurs couvert de sang. Toutefois l'hémorrhagie interne s'était arrêtée. L'examen des organes thoraciques ne fit rien constater d'anormal, sauf un accroissement d'étendue de la matité précordiale, à droite, sur une largeur de deux travers de doigt.

Le lendemain, l'anémie s'était accentuée. Au niveau de la portion inférieure des poumons, la percussion révélait de la matité ; celle-ci remontait jusqu'au niveau de la 7e vertèbre dorsale. Une ponction donna issue à du sang. Dans l'espoir d'arracher le patient à la mort par hémorrhagie interne, M. Rehn se décida à pratiquer la résection de la 5e côte. Il mit le cœur à nu. Le péricarde était entamé sur une longueur de 1 1/2 centimètre ; du sang s'écoulait dans la plèvre, par cette déchirure, que l'opérateur se mit en devoir d'agrandir. La cavité péricardiaque était remplie de sang et le cœur était couvert de caillots. On tomba ensuite sur une entaille perpendiculaire à l'axe du cœur, à travers laquelle s'échappait un jet de sang, plus fort au moment d'une systole qu'au moment d'une diastole. Il fut impossible de tarir cette hémorrhagie à l'aide de la compression digitale, et à l'aide d'un tamponnement fait avec de la gaze iodoformée. Dans ces conditions M. Rehn se décida à suturer la paroi cardiaque. L'application des points de suture fut rendue très laborieuse par le mouvement de torsion du cœur à droite, moins par les contractions systoliques. Au moment de nouer les fils on provoqua un court arrêt du cœur. La cavité pleurale gauche était remplie de sang en totalité.

On fit des lavages avec une solution stérilisée de chlorure de sodium. La 5e côte fut remise en position normale ; on introduisit, dans la plaie, d'un tampon iodoformé et d'un drain. Immédiatement après l'opération, qu'il fallut terminer rapidement, le pouls et la respiration se relevèrent. Le quatrième jour après l'opération, l'état du sujet était très satisfaisant. A noter que quelques jours avant son accident, cet homme avait été réformé par un conseil de revision, comme atteint d'une lésion organique du cœur, qui se traduisait par de l'arythmie et par des intermittences.

Traitement du rhumatisme blennorrhagique

D'après M. *Dezanneau*, dans la *Presse médicale*, le traitement général de l'arthrite comporte d'abord le traitement de la blennorrhagie, grands lavages au permanganate de potasse à 1 pour 4.000, puis le traitement local.

D'après l'auteur, toutes les interventions thérapeutiques sont inférieures aux bains térébenthinés qui appartiennent à son maître M. Balzer. Le mélange térébenthiné employé par M. Balzer est le suivant :

Emulsion aqueuse de savon noir	100 grammes
Essence de térébenthine........	100 grammes

Agiter le mélange, au moment de préparer le bain.

Ces bains s'emploient soit en bains généraux, soit en bains locaux. Les premiers sont indiqués dans certains cas de polyarthrites où les articulations sont très distantes les unes des autres, et lorsque la position de la jointure malade est incompatible avec un bain local, comme par exemple l'épaule, la hanche, l'articulation sterno-claviculaire. On emploie pour

---

FEUILLETON

L'alcoolisme en Normandie (1)

Par M. le Dr Brunon, de Rouen.

Il est absolument hors de doute que la population ouvrière de *Rouen* fait un abus effrayant d'eau-de-vie. L'enfant de quatre à six ans, l'adolescent, la jeune fille, la jeune femme boivent comme l'homme. La femme paraît même, actuellement, s'enfoncer encore plus avant dans le vice ; peut-être n'est-ce qu'une apparence et un effet d'optique. Elle était en retard dans le mouvement progressif, elle regagne maintenant le temps perdu ; l'homme n'a plus à progresser, il est arrivé à la saturation.

Dans la *région rouennaise* le mal est aussi profond: les communes limitrophes de Rouen, toutes industrielles, sont peuplées d'alcooliques et les médecins civils diront, comme les médecins militaires, la laideur du type et l'insuffisance physique de ces populations.

A *la campagne*, même abus avec conséquences peut-être moins graves, grâce au travail en plein air et à la vie plus active du travailleur des champs.

Voici ce que m'écrit un curé de campagne: « Mon ministère m'a toujours fait vivre au milieu d'alcooliques, mais je n'en ai pas vu d'aussi complets qu'ici (bourg de Normandie). Ils apprennent le métier de bonne heure, filles et garçons, dans les filatures. Des enfants qui viennent de faire leur première communion sont tout fiers de se griser comme des hommes. Jusqu'à mon sacristain qui l'autre our était ivre mort ! Avec cela gais, bons enfants, obligeants, pacifiques, même quand ils ne tiennent pas sur leurs jambes, se contentant d'une nourriture anachorétique, capables d'un coup de collier quand, au bout, il y a une goutte à boire excellents pères et mères de famille, quand ils sont à jeun, point socialistes, point anarchistes, bref, sauf ce qui concerne les pratiques religieuses, des paroissiens très acceptables. »

Terminons ce qui a trait aux alcooliques ouvriers sur ce mot: à Rouen comme à la campagne normande, ce sont de braves gens, n'ayant rien de la malveillance hargneuse de l'alcoolique parisien, dont le plus beau type est le cocher de Paris.

Classes bourgeoises ou classes moyennes, si on craint d'employer un mot aujourd'hui mal vu.

Même en Normandie, même à Rouen, il existe de petits bourgeois sobres, travailleurs, économes et propres. Mais il sont la minorité et nous n'avons pas à nous occuper d'eux. Cependant, je veux citer

(1) Voir notre numéro 37, 12 septembre 1896.

les bains généraux des doses très variables du mélange térébenthiné : généralement de 150 à 500 et même 800 grammes suivant la susceptibilité de la peau du malade, car ces bains produisent sur la peau une cuisson marquée. La dose moyenne est de 400 grammes. Le bain doit être prescrit aussi chaud que possible et on peut aller jusqu'à une température de 40 à 42 degrés. Les doses et la température seront augmentées progressivement pour habituer le malade. La durée du bain est de dix à vingt minutes. Enduire d'un corps gras les parties sensibles de la peau (organes génitaux, scrotum).

Les bains locaux s'emploient surtout dans les rhumatismes blennorrhagiques des membres, quand les parties malades sont rapprochées les unes des autres, et quand la situation de l'articulation s'y prête (genou, coude, etc.). Ils sont encore préférables aux bains généraux, en ce que leurs doses et leur température peuvent être plus élevées (50 degrés). On met ordinairement 50 à 100 grammes de mélange dans un bain local suivant la sensibilité du malade et la quantité d'eau employée.

Ne commencer le traitement qu'après la disparition des phénomènes aigus ; il vaut mieux que la température soit revenue à 37 degrés.

Le bain térébenthiné agit à la fois par son action révulsive et par absorption, soit par la peau, soit par la respiration ; en effet, longtemps après le bain, on retrouve encore la térébenthine dans les urines. Mais le bain térébenthiné agit par sa chaleur et il est d'autant plus efficace qu'il est plus chaud.

On ne doit intervenir chirurgicalement que dans deux cas : 1° dans l'arthrite purulente ; 2° dans l'arthrite aiguë séreuse grave.

L'eau oxygénée comme hémostatique utérin.

Dans une récente communication à une Société médicale de Paris, M. le Dr *Paul Petit* fait observer que l'eau oxygénée a la propriété de provoquer la coagulation du sang, et cela en activant simplement la précipitation de la fibrine, sans détruire les éléments figurés du sang et des tissus qui sont simplement modifiés ; de plus, c'est un excitant de la fibre lisse. Cette double propriété de l'eau oxygénée n'est que l'exagération des propriétés normales de l'oxygène atmosphérique, qui est un excitant des cellules et qui, d'autre part, d'après Mathieu et Urbain, serait le facteur principal de la coagulation du sang à l'air libre, par la mise en liberté de l'acide carbonique. En tout cas, plusieurs expérimentateurs (Beddoes, Nysten) ont fait la remarque que le sang devenait plus coagulable sous l'influence de l'oxygène. On est même fondé à penser que la résultante de l'eau oxygénée, sur le sang, doit être adéquate à celle de l'oxygène à l'état naissant et en tension, puisqu'à son contact elle dégage instantanément son oxygène, sous l'action de l'hémoglobine et des éléments de la fibrine.

En faisant agir l'eau oxygénée sur du sang recueilli au sortir d'une veine, voici ce que l'on voit : formation instantanée de 2 couches, la supérieure constituée par une mousse épaisse emprisonnant un ou plusieurs petits caillots très denses ; l'inférieure composée de sérum teinté en noir par l'hémoglobine oxydée ou hématine.

De cette triple propriété que possède l'eau oxygénée : d'activer la précipitation de la fibrine, d'exciter la fibre lisse et de ne point léser les tissus, il semble légitime de conclure que ce doit être un hémostatique de choix pour l'usage externe.

Au point de vue clinique, voici ce qu'a constaté sur l'utérus M. le Dr P. Petit :

Soit une hémorrhagie en nappe, d'origine intra-utérine, reconnaissant pour cause une métrite fongueuse ou un fibrome interstitiel, qui laisse la cavité de l'organe suffisamment accessible. Si l'on introduit, d'un coup, jusqu'au fond de l'organe, une tige porte-topique garnie de ouate et trempée, sans être essorée, dans de l'eau oxygénée à 12 v., voici ce qu'on observe : production d'une mousse très abondante qui fuse à travers l'orifice externe ; contraction de l'organe sur la tige ; mais moins rapide et moins

---

une catégorie intéressante de la classe moyenne, ce sont les Etudiants. Il y a trente ans, les Etudiants en médecine de Rouen buvaient beaucoup et travaillaient peu ; plusieurs sont restés célèbres par leur mort tragique *in vino*, ou leur suicide pittoresque. Un d'eux se pendit avec sa ceinture à la poignée de la porte de sa chambre ; un autre s'endormit sur un cristallisoir dans lequel il respirait de l'éther ; un troisième, interne de Leudet, se suicida un matin, au moment précis où il passait, avec son chef, sous la voûte de l'Hôtel-Dieu. Il avait avalé de l'acide prussique.

C'étaient probablement aussi de braves gens, car leurs masques en plâtre furent pieusement conservés par leurs camarades et l'un d'eux existe encore à l'Hôtel-Dieu, si je ne me trompe.

Il y a vingt ans on buvait encore beaucoup. Un bon tour consistait à faire fabriquer à la pharmacie une chartreuse incendiaire qu'on appelait le « Biberlot ». Le digne pharmacien en chef avait peine à réprimer ces écarts, parce que, dans son temps, on « chipait » des tonnelets entiers de vin de quinquina.

Aujourd'hui, tout est bien changé. Les Etudiants travaillent et ne boivent plus. Les uns disent qu'ils n'ont plus d'estomac, d'autres pensent qu'ils commencent une réaction contre les abus antérieurs ; ce qui est sûr, c'est qu'ils forment un bataillon de gens sobres dans une foule de buveurs.

Parmi les travailleurs de la classe moyenne, il faut distinguer ceux que leur profession expose particulièrement au danger : ce sont les *cafetiers*, les *restaurateurs*, les *épiciers* (qui presque tous sont *débitants*), et d'autre part, ceux qui n'ont, en apparence, aucun contact avec les débitants et les ivrognes, ce sont des *employés de commerce*, des *commis-voyageurs*, etc.

Dans le premier groupe, on peut dire que tout le monde est alcoolique. Et ceci est vrai partout comme à Rouen. Mais c'est encore à Rouen qu'on verra les types les plus parfaits, dans les débits où grouillent les ouvriers du port (« les soleils »). Les *garçons*, hommes grands et robustes, ne peuvent, en général, travailler que quelques mois dans le même débit. Ils ne commettent pas les mêmes excès que leurs clients, mais le surmenage, l'air confiné, les émanations de l'alcool avec ses impuretés, les font tomber assez rapidement dans une anémie spéciale qui les conduit à la tuberculose et à la mort en dix-huit mois ou deux ans.

La pâleur de leur visage fait un contraste singulier avec la teinte bronzée, noire, poudreuse de leurs clients.

Dans les débits d'un ordre plus élevé et dans les petits cafés, le patron est toujours alcoolique ou

intense que celle produite par le perchlorure de fer, avec une technique analogue; arrêt immédiat de l'hémorragie après écoulement de quelques gouttes de sérum plus ou moins teinté en noir par l'hématine; aucune douleur provoquée ; aucune modification des tissus, sinon un blanchiment léger de la muqueuse, plutôt dû à la décomposition des liquides qu'à un effet même simplement cathérétique; persistance de l'hémostase durant un temps assez long, au sujet duquel on ne saurait donner de moyenne, mais qui se compte par une succession de jours probablement supérieure à celle qui suit l'emploi de moyens locaux aussi peu offensifs, suffisante, en tout cas, pour permettre à une malade anémiée de reprendre des forces et de supporter, à un moment donné, après une ou plusieurs applications semblables, une intervention radicale, s'il y a lieu.

Cette technique est la meilleure, à condition de se servir de tiges porte-coton très minces, très malléables, de ne pas essorer l'ouate, d'étudier, au préalable, le calibre et la courbure du canal.

On laisse une première tige quelques secondes en place, puis, on lui en substitue une autre qu'on retire au bout d'un quart d'heure environ.

L'eau oxygénée peut être conservée assez longtemps à son degré de saturation, à condition d'être légèrement acide, remisée dans un endroit frais, à l'abri de la lumière, des poussières, dans un flacon dont le verre ne renferme pas de bioxyde de manganèse et agitée aussi peu que possible, toutes conditions qui sont très faciles à réaliser. On fera cependant bien de changer sa petite provision tous les deux mois environ.

Procédé pour rendre inoffensifs les champignons suspects.

La *Chronique médicale* signale, d'après un pharmacien de Paris, un moyen très simple de rendre inoffensifs les champignons suspects.

Les principes vénéneux des champignons sont des alcaloïdes (amanitine, muscarine, etc.) qui donnent des sels solubles avec la plupart des acides : le moyen consiste donc à dissoudre le poison au moyen d'un acide et à l'enlever.

Les champignons épluchés sont placés dans une casserole émaillée de plusieurs litres de capacité ; on verse dessus la quantité d'eau juste suffisante pour qu'ils baignent complètement et, pour chaque kilogramme de champignons, on ajoute quatre grandes cuillerées à soupe de vinaigre. On chauffe lentement et on maintient pendant vingt minutes la casserole couverte, à une température très voisine de l'ébullition. Les champignons sont ensuite bien égouttés et reversés dans la casserole qui, cette fois, est remplie d'eau complétement ; on chauffe de nouveau pendant vingt minutes, en remuant de temps en temps. Cette deuxième opération peut être faite dans une grande casserole non émaillée. Après avoir été égouttés, les champignons peuvent être utilisés sans danger.

La première opération a pour effet de solubiliser le poison et d'en enlever la plus grande partie ; la deuxième, qui n'est qu'un lavage, débarrasse des dernières parties de poison dont les champignons restaient imbibés ; ce lavage est absolument nécessaire.

Les pansements des brûlures à l'acide picrique.

M. le Dr *Beauxis-Lagrave*, de Fontainebleau, recommande d'employer, contre les brûlures, les solutions faibles d'acide picrique ; car, dit-il, ce n'est qu'avec des solutions faibles que l'on obtient la sédation des douleurs, ou immédiatement, ou tout au moins, en l'espace d'une heure au maximum après l'application du pansement. Les douleurs intolérables signalées résultent de l'emploi de solutions picriquées plus concentrées, qui sont alors caustiques.

La solution employée par le Dr Beauxis-Lagrave est la suivante:

Acide picrique	5 gr.
Alcool à 65°	50 gr.
Eau distillée	950 gr.

---

l'a été. Il s'agit alors de l'alcoolisme se rapprochant de celui des classes riches : l'individu est obèse, il a de l'insuffisance hépatique, du tremblement, des sueurs profuses, il est quelquefois diabétique. Victime du devoir, il est forcé de faire la partie avec ses clients et de boire avec eux.

Enfin, nous citerons, parmi ceux qui approchent forcément du cabaret, les commis-voyageurs en liquide et les patrons eux-mêmes, marchands de vin en gros et demi-gros.

Les affaires ne se traitent qu'au café ou au cabaret. Si on traite avec le cafetier lui-même, il faut consommer, chez lui et avec lui, la propre marchandise qu'on lui présente et naturellement payer sa consommation et les siennes, c'est-à-dire le liquide qu'on vient précisément de lui vendre !

A la campagne, si on traite avec le petit cultivateur, c'est encore au café que l'affaire sera conclue, enlevée, grâce à l'absorption de trois ou quatre petits verres.

Si le voyageur en vins ne peut pas boire, il ne fera pas d'affaires.

« Dans la Seine-Inférieure, la Somme et l'Oise, surtout dans le pays de Caux, me dit M. X., voyageur en vins, pas de consommation chez le débitant, pas de commission, c'est réglé. J'ai dû cesser tout voyage à Gournay, car chaque fois j'étais malade. Maintenant, je m'arrange pour abandonner la place avant midi, car c'est au repas de midi que la griserie générale commence » (1).

Un courtier en vins me dit que « la place de Rouen est la plus terrible ». Il ne peut pas prendre moins de trente à quarante consommations par jour. Il estime qu'un courtier ne peut pas continuer son métier plus de deux ans à Rouen. Après ce temps « il est cuit ».

Dans la banlieue de Rouen, il arrive à ne prendre qu'une moyenne de vingt-cinq consommations. Pour les espacer, il a pris une voiture lui permettant d'aller de village en village ; mais le malheureux a dû abandonner ce stratagème, car « à mesure qu'il faisait plus de trajet, il prenait moins de consommations et voyait moins de clients ».

Autre cas : un gros entrepositaire de Rouen voyage dans les villages chez le débitant et chez le bourgeois. Il ne boit pas lui-même (il a bu autrefois), mais il emploie un *dégustateur* pour goûter *tous* les échantillons de vins et d'eau-de-vie. Le dégustateur ne peut pas faire le service plus de deux ans.

Voici un homme de quarante-sept ans, dyspeptique. C'est un ancien voyageur en épicerie. De dix-huit à vingt et un ans, il a pris, en moyenne, *tous*

(1) Cet homme est mort urémique.

On doit s'étonner de voir que l'on ait pu prescrir une solution saturée à 5 p. 100 alors que le coefficient de solubilité de l'acide picrique est de 1 gramme pour 86 grammes d'eau (Dorvault, Soubeyran, Dujardin-Beaumetz et Yvon).

Quant à la technique, la voici, telle que l'expose notre confrère de Fontainebleau :

« Après avoir stérilisé ma gaze, je la trempe, et l'exprime complètement et en applique plusieurs doubles sur toute la brûlure, et par-dessus, je mets une épaisse couche de coton hydrophile, sans interposition de taffetas gommé et je fixe avec une bande. Le pansement reste en place pendant 3 jours ; mais le lendemain, si c'est nécessaire, dans le cas où la bande est tachée par l'acide picrique, que le coton hydrophile a absorbé, je remets une deuxième bande, en comprimant légèrement, de façon à éviter l'infection du pansement et à favoriser plus complètement l'absorption de l'acide picrique par le coton hydrophile. Quant je refais mes pansements, j'ai soin de ne jamais laver la plaie avec quoi que ce soit, si ce n'est dans le cas d'adhérence du pansement à la plaie, où je me sers, pour décoller, d'eau stérilisée.

« Quant à la coloration du linge, je ne l'ai jamais vue persister après lessivage. Les bandes, serviettes, tabliers dont je me suis servi, quoique très tachés, ont été toujours bien nettoyés, et le linge ne présentait pas ultérieurement de traces de brûlures.

« Le seul inconvénient que présente l'emploi du pansement picriqué réside dans la coloration des mains de l'opérateur ; mais quand on a soin d'incorporer de l'alcool à la solution, la coloration des mains disparaît après savonnage à l'eau chaude avec du savon de blanchisseuse ; seule la coloration des ongles persiste quelques jours, mais l'inconvénient est facile à éviter en se servant de vieux gants de peau.

« L'acide picrique est un médicament précieux, en raison de la modicité de son prix, comparé à celui très élevé de la gaze iodoformée, avantage très considérable, si l'on songe que presque toujours, les victimes de ces accidents sont des ouvriers et non des personnes de la classe aisée.

Un point très important à retenir, dans l'application des pansements picriqués, c'est qu'il ne faut jamais les recouvrir d'obturateurs comme le taffetas gommé.

Le carbonate de strontiane comme dentifrice.

Notre confrère *la France médicale* signale, d'après le Dr *Métral*, de Genève, une nouvelle application d'un sel de strontiane à la thérapeutique. C'est le carbonate de strontiane, qu'il conseille comme dentifrice.

Tout naturellement, il ne prend pas le carbonate de strontiane naturel, mais il se sert de carbonate pur et exempt de baryte, obtenu soit en précipitant une solution d'azotate de strontiane pur par un mélange de carbonate d'ammoniaque, soit en faisant passer du gaz carbonique dans une solution d'hydrate de strontiane, soit encore en traitant le sulfate pur de strontiane par une solution d'un carbonate alcalin.

La poudre ainsi obtenue est blanche, douce au toucher, de réaction légèrement alcaline, insipide et inodore, inaltérable à l'air.

M. Métral a été conduit à l'expérimenter comme dentifrice, après avoir constaté que son pouvoir détersif ou usant est intermédiaire entre celui des carbonates de chaux et de magnésie, dont l'action est trop faible, et celui de la pierre ponce, qui raye les dents dont l'émail est de mauvaise qualité.

Le carbonate de strontiane présente encore d'autres avantages qui sont : sa légère alcalinité et la propriété qu'il possède, en raison de son onctuosité, d'adhérer à la brosse et aux dents ; enfin son prix de revient est très faible.

M. Métral associe ordinairement le carbonate de strontiane à partie égale d'un corps antifermentescible, comme la fleur de soufre, et il aromatise ce mélange avec une essence quelconque, celle de rose, de préférence.

Il prépare aussi un opiat dentifrice dont voici la formule:

---

les jours, 18 vermouths avant midi, 2 bouteilles de vin au déjeuner, de 5 à 8 verres de fine dans l'après-midi et 5 ou 6 bocks de bière, le soir. Il visitait vingt épiceries par jour.

On ne compte pas ici les consommations qu'on lui offrait en retour de ses politesses.

A vingt-cinq ans, il s'est installé épicier à Quevilly, près Rouen. Avec chaque client, il prend un petit verre. Le samedi et le dimanche, jours des provisions, il en prenait une vingtaine par jour.

Vers trente-cinq ans, il s'est restreint à 1 ou 2 verres par jour. C'est un sage. Aujourd'hui il ne boit plus rien. Il est vrai qu'il a un ulcère de l'estomac.

Il ne faudrait pas croire que le commerce de vins et d'épicerie soit le seul qui force le commerçant à boire. Tous les voyageurs et courtiers, dans quelque commerce que ce soit, sont buveurs et, je dois le dire, souvent malgré eux. Encore une fois, s'ils ne boivent pas, ils ne feront pas d'affaires et le patron les considérera comme de mauvais employés.

J'ai l'observation de plusieurs commerçants, hommes très actifs, « brasseurs d'affaires », qui sont obligés de se faire leurs propres voyageurs pendant quelques mois de l'année « pour remuer la clientèle » et faire monter le chiffre des affaires. Ils versent l'alcool à flots dans toutes les villes ou villages où ils passent. Les affaires sont dures ; le petit boutiquier ne veut pas faire de commande ; sa femme, à l'esprit étroit, trouve que les magasins sont pleins ; le voyageur emmène le boutiquier au café, l'arrache à l'influence de sa femme et lui enlève une bonne commission. Mais il a bu en même temps que son client. Et à la prochaine boutique, il va recommencer le même manège. Là où le voyageur faisait 60,000 fr. d'affaires, il en fait 200,000.

Un des commerçants, que j'ai en vue est maintenant phtisique. Il a quarante-trois ans.

Ceux-là, du moins, ont comme excuse la lutte pour la vie. On ne peut pas en dire autant des employés de commerce ou de bureaux, des bourgeois et des bourgeoises, qui encombrent les terrasses des cafés et donnent, à la masse du public, le déplorable exemple de l'absinthe, des bitters et de tous les apéritifs. Le mauvais exemple joue un très grand rôle dans la diffusion des habitudes alcooliques.

Et que dire des fêtes de quartiers, des « assemblées », des foires et des expositions, qui sont autant de prétextes à beuveries pour la masse du peuple ?

Et les concours de pompes, et les revues de pompiers, et les concours de gymnastique ? Autant d'inventions, qui plaisent au grand électeur, le débitant.

(A suivre.)

Carbonate de strontiane....	6 grammes
Fleur de soufre............	3 —
Savon médicinal pulvérisé..	13 gr. 50
Essence de rose............	VI gouttes.

Ajoutez à : Mucilage de gomme et glycérine, de chaque, quantité suffisante.

PRATIQUE LARYNGOLOGIQUE

De l'ictus laryngé.

Ce syndrome, car il ne s'agit pas là d'une maladie à proprement parler, a été décrit tour à tour sous les noms divers de vertige, de syncope, de lipothymie, d'épilepsie, d'apoplexie laryngés. Il n'a pas encore trouvé une dénomination, qui lui convienne, parce qu'on en connaît mal la nature. Le terme d'ictus qui a, dans le cas présent, le mérite de rester dans le vague, est celui qui nous paraît préférable jusqu'à nouvel ordre.

Dans les cas typiques l'ictus laryngé se présente sous la forme suivante : un homme d'âge moyen, rarement bien portant, mais le plus souvent atteint d'une affection des voies respiratoires, qui le fait tousser depuis longtemps, éprouve, soudainement dans la gorge un vif chatouillement, qu'il localise dans le larynx ; à peine quelques secousses de toux ont-elles traduit extérieurement cette sensation que le malade s'affaisse, tombe à terre sans connaissance, le visage congestionné ; presqu'immédiatement, il revient à lui, se relève sans efforts, très surpris de l'effroi de son entourage et reprend sa conversation interrompue. Tel est l'accès typique, l'ictus laryngé proprement dit.

Il s'en faut que tous les accès revêtent cette intensité ; il est des crises atténuées, incomplètes en quelque sorte, dans lesquelles, au lieu de perdre connaissance, le malade éprouve simplement, à la suite du chatouillement laryngé et de la toux, une sensation de vertige, un éblouissement, une sorte de vague cérébral, qui l'oblige à prendre un point d'appui, à se cramponner au premier objet venu pour éviter de perdre l'équilibre ; ces troubles disparaissent au bout de quelques secondes et tout rentre dans l'ordre. Il semble que l'accès ait avorté. Ces crises atténuées auxquelles on pourrait conserver le nom de vertige laryngé, peuvent s'entremêler, chez le même malade, aux ictus proprement dits.

Le tableau symptomatique des accès francs ou atténués, peut présenter quelques modifications de détail qui sont les suivantes.

Le chatouillement, qui sert en quelque sorte d'aura à la crise, peut être remplacé par une sensation de constriction, de strangulation, plus rarement de brûlure dans la gorge. Cette sensation que les malades localisent au larynx peut avoir, dans certains cas, une origine extra-laryngée.

C'est ainsi que, chez certains malades, on a pu déterminer son siège dans la partie supérieure de la trachée, au niveau de l'amygdale linguale, des amygdales palatines, de la luette, dont la section amena la guérison des accidents.

La toux provoquée par l'irritation laryngée présente une intensité des plus variables ; elle est en général violente au point de s'accompagner de spasme glottique ; mais parfois aussi c'est une quinte légère, une petite toux sèche ; chez quelques malades, il n'y a qu'un seul coup de toux et la chute à terre suit immédiatement. Par exception, on a vu l'ictus survenir, non plus au moment d'une quinte de toux, mais à la suite d'un éclat de rire ou d'un rire étouffé, retenu, à la suite d'une expiration violente faite pour souffler une bougie par exemple ; l'inspiration de poussières, d'un air trop froid ou trop chaud peut avoir la même influence provocatrice.

Au moment où survient la perte de connaissance, la toux cesse ; le malade tombe à terre, s'il est debout ; s'il est assis, la tête s'affaisse, son menton s'incline sur sa poitrine, ses mains laissent échapper les objets qu'elles tenaient. Le pouls est faible et lent ; les battements du cœur sont à peine perceptibles, ils ne reviennent que peu à peu, comme dans la syncope. Assez fréquemment, on observe, pendant la perte de connaissance, des mouvements convulsifs sous forme de secousses, de trépidations, ordinairement bilatérales, dans les membres supérieurs ou dans la face ; ces mouvements sont cloniques et jamais toniques. On ne constate ni morsure de la langue, ni miction involontaire, ni paralysie.

La perte de connaissance dure de quelques secondes à une ou deux minutes. Une fois revenu à lui, le malade n'éprouve d'ordinaire aucun malaise ; il n'a ni nausées, ni vomissements, ni troubles de la voix ; il continue sa lecture, son repas, sa partie de cartes.

Les ictus se reproduisent à intervalles on ne peut plus irréguliers. L'accès peut être unique et ne jamais se reproduire dans le cours de l'existence. Par contre, on a vu certains malades présenter jusqu'à douze ou quinze crises dans la même journée.

Nos connaissances sur l'étiologie et la pathogénie de ce syndrome se réduisent à peu de chose.

Au point de vue pathogénique, l'ictus laryngé nous paraît devoir être considéré comme une névrose réflexe, analogue à celles qui ont si souvent le nez pour origine. L'irritation de la muqueuse du larynx ou des régions voisines (trachée, portion inférieure du pharynx), qui présente une hyperexcitabilité anormale, retentirait par la voie du pneumogastrique sur les centres bulbaires (respiratoire et circulatoire) qui seraient le siège d'un véritable phénomène d'inhibition.

Au point de vue étiologique, il est une remarque importante à faire, c'est que les lésions laryngées ne semblent jouer aucun rôle dans l'apparition de l'ictus : dans la moitié des cas, le larynx est indemne de toute lésion et dans les autres, il ne présente que des altérations insignifiantes. Par contre, les affections chroniques des voies respiratoires inférieures accompagnées de toux, bronchite chronique, emphysème, tuberculose, asthme, favorisent incontestablement l'apparition des accidents ; les malades sont presque tous de vieux tousseurs. Ajoutons qu'ils appartiennent d'ordinaire au sexe masculin et que l'ictus s'observe surtout de 40 à 50 ans.

On a l'habitude de distinguer l'ictus essentiel, que nous venons de décrire, des accidents, d'ailleurs identiques, qu'on voit parfois survenir

chez les ataxiques : c'est une des formes qu'affectent les crises laryngées décrites chez ces malades. En réalité, si l'on s'en tient à l'étude des seuls phénomènes d'ictus, la distinction est impossible. L'ictus laryngé des tabétiques ne diffère de l'ictus essentiel que par ce seul fait qu'il survient chez un individu présentant des signes d'ataxie.

L'ictus laryngé ne saurait être confondu avec le vertige de Ménière, car il ne s'accompagne pas de vertige à proprement parler. D'autre part, l'accès de vertige auriculaire est précédé de bourdonnement ou d'une exaspération des sensations auditives et non pas de toux ; il ne s'accompagne pas de perte de connaissance ; enfin il est fréquemment suivi de nausées et de vomissements. Le pronostic de l'ictus, en lui même est bénin.

Le traitement doit être à la fois local et général. Des badigeonnages ou des pulvérisations dans la gorge avec une solution de chlorhydrate de cocaïne au centième, peuvent faire avorter les crises chez les malades qui les présentent. L'application de révulsifs au devant du cou (pointes de feu, teinture d'iode) peut avoir de bons effets. Mais c'est surtout sur le traitement interne qu'il faudra compter. On prescrira le bromure de potassium, à la dose de 4 à 6 grammes par vingt-quatre heures, ou mieux encore l'antipyrine, à la dose de 2 gr. d'abord, puis de 3 gr. s l'action du médicament est lente à se manifester. On ajoutera utilement à ce traitement des pulvérisations pharyngiennes avec une solution aqueuse d'antipyrine à 1/80 au nombre de quatre par jour.

Dr M. Boulay,
Ancien interne des Hôpitaux

CLINIQUE MÉDICALE

Leçon d'ouverture

du Cours de M. le professeur A. Fournier.

Nous avons recueilli, cette année, cette leçon si intéressante du professeur Fournier, et son intérêt essentiellement pratique pour l'accoucheur et le médecin nous engage à la communiquer aux lecteurs du *Concours*, quoiqu'elle ait été publiée déjà ailleurs. Elle est intitulée : « Dans quelles conditions convient-il de donner ou de refuser une nourrice à l'enfant d'un père syphilitique ? » et est conçue à peu près en ces termes :

Messieurs,

J'ai l'habitude de consacrer la première de nos réunions annuelles à l'étude d'une de ces questions de pratique, qui sont généralement négligées dans les livres classiques, au détriment du médecin-praticien. Cette année, encore je vous entretiendrai d'un sujet de cet ordre, essentiellement pratique.

Plus d'une fois, au cours de votre vie médicale, il vous arrivera de voir entrer dans votre cabinet un monsieur préoccupé, qui vous dira : « Docteur je suis marié depuis quelque temps et ma femme est enceinte. Nous n'aurions qu'à nous réjouir, n'était un point noir, au sujet duquel je désire vous consulter. Ma femme veut nourrir. Or j'ai eu la syphilis étant garçon, il y a tant de temps ; je me suis traité et je n'ai plus rien. Mais je sais que parfois les enfants héritent du mal de leur père et qu'ils peuvent le transmettre à leur nourrice. C'est pourquoi, je viens aujourd'hui vous exposer ma situation et vous demander si je dois confier notre enfant à une nourrice. »

Vous vous êtes déjà dit, en l'écoutant, que les dangers de cette situation sont multiples, à savoir : danger pour l'enfant d'hériter de l'infection paternelle, danger pour la mère d'être contaminée par son enfant (syphilis conceptionnelle), danger pour la nourrice d'être contagionnée par l'enfant et enfin la nourrice pourra à son tour contaminer son enfant, son mari ou les autres nourrissons qui lui seront confiés, etc.

Dans la répartition des dommages qui peuvent résulter de tout cela, vous oubliez les ennuis qui peuvent vous atteindre vous-même ; ce sont ces ennuis que je vais vous signaler.

Supposons que vous ayez répondu : Oui, je vous crois autorisé à donner une nourrice à votre enfant ; puis, que des symptômes de syphilis se manifestent chez lui et que la nourrice se trouve contagionnée ? Deux conséquences vont se présenter.

La nourrice se retournera d'abord contre les parents et leur réclamera une indemnité qu'elle essayera d'obtenir aussi élevée que possible ; au besoin même elle s'adressera aux tribunaux pour obtenir justice, ainsi qu'on le voit tous les jours.

Mais la famille de l'enfant, et c'est là la conséquence qui vous intéresse, vous, praticien, la famille se retournera contre vous, en vous disant que c'est votre faute, car si vous vous étiez opposé à ce que l'enfant fût confié à une nourrice, elle n'en serait pas là. Donc, c'est à vous à réparer le dommage fait à la nourrice.

L'affaire est portée devant les tribunaux : vous y serez traité peu favorablement par l'avocat de la nourrice, par le ministère public et par les magistrats. L'avocat de la nourrice fera sur vous une charge, à ford en vous rendant responsable, ne serait-ce que pou. obtenir de vous, réputé solvable, une indemnité que la famille ne pourrait payer ; il vous accusera de non-clairvoyance, de négligence, d'impéritie, etc. Heureux même si l'on ne met pas votre honneur en jeu, en vous présentant comme le complice de la famille, et en insinuant que pour complaire à vos clients vous avez, en connaissance de cause, risqué d'introduire « la vérole et le déshonneur au sein d'une honnête famille ».

Voilà la situation qui peut vous être faite, dans ce calcul de probabilités si délicat à établir, sur les risques qu'est susceptible de courir une nourrice de la part d'un enfant issu d'un père syphilitique.

Des médecins très dignes ont éprouvé tous les désagréments possibles, pour avoir confié à des nourrices des enfants qu'ils avaient jugés non suspects. Certains de nos confrères n'ont échappé à des procès qu'en désintéressant la nourrice de leur argent, plutôt que d'encourir l'humiliation d'un procès.

Cependant le médecin ne saurait être rendu responsable des erreurs que, par la nécessité même des choses, il est à tout instant exposé à commettre dans l'exercice consciencieux de sa profession. Il ne doit être rendu responsable qu'en cas de négligence, d'imprudence. Et pourtant, pour éviter le scandale, combien de confrères n'hésitent-ils pas à payer eux-mêmes l'indemnité ?

Donc il est vrai de dire qu'à tous les points de vue, aussi bien par ses grands côtés que par celui plus étroit auquel nous l'envisageons, nous médecins, cette question est digne d'intérêt et mérite la discussion à laquelle nous allons essayer maintenant de la soumettre.

En pratique, cette question est la suivante : Voici un enfant à naître ou déjà né, issu d'un père syphilitique, la mère étant indemne comme dans la grande majorité des cas. Cet enfant peut-il être confié à une nourrice sans danger pour elle ?

Or, qui ne voit que la réponse tient tout entière dans l'appréciation de la syphilis du père, quant à sa puissance de transmission héréditaire ?

Mais ce problème de l'hérédité paternelle est un de ceux sur lesquels on a le plus discuté, jusqu'à récuser même cette hérédité ; un de ceux sur les-

quels se montrent encore très réservés les médecins qui ont étudié la question de plus près.

Quoi qu'il en soit, c'est l'état syphilitique du père qu'il faudra déterminer, pour établir s'il peut être encore dangereux pour l'enfant ; sur quelle base reposera cette appréciation ? Afin de mieux fixer en vos esprits ce qui va suivre, je vais procéder diagnostiquement. Cinq conditions permettent de croire que, sur un père syphilitique, l'infection s'est assez atténuée pour ne plus être dangereuse héréditairement.

Ces cinq conditions sont :

1° L'absence d'accidents syphilitiques actuels, au moment où se pose notre question. Cette condition ne souffre pas de discussion et s'impose. Il est de toute évidence que si, au moment où le futur père vient vous demander s'il peut donner une nourrice à son enfant, vous trouvez chez lui une manifestation syphilitique, il est évident qu'il y a toute chance pour que l'infection ait réagi sur l'enfant. L'enfant sera donc dangereux pour sa nourrice.

2° Quel âge a la syphilis paternelle ?

Cette condition est capitale, car l'expérience a établi un fait qu'on peut poser en axiome, à savoir : que le temps constitue un correctif excellent de l'influence paternelle sur le fœtus. Le temps émousse cette influence et l'use au point de l'annihiler.

Pour le prouver, j'aurais à relater de nombreux cas où des sujets syphilitiques et imparfaitement traités, mais ayant eu l'esprit ou la chance de se marier très tard après le début de la maladie, ont eu des enfants sains.

D'autres observations plus probantes encore témoignent de l'atténuation progressive exercée par le temps sur l'hérédité paternelle, atténuée au fur et à mesure des grossesses. L'influence paternelle commence par tuer les enfants par avortement, au début de la grossesse — puis les tuer plus tard, la grossesse étant plus avancée, puis leur permettre de naître, tantôt étiques et destinés à mourir, tantôt plus valides et susceptibles de résister à la syphilis, quoique syphilitiques — et finalement s'éteindre, au point que des grossesses ultérieures ne donnent plus naissance qu'à des enfants vivants.

Voici deux exemples : Un syphilitique s'étant négligemment traité se marie ; sa femme, indemne, a 4 grossesses : la première se termine par une fausse couche à trois mois, la 2e par une fausse couche à six mois ; la troisième par la naissance d'un enfant qui meurt de syphilis à 3 mois ; la 4e par la naissance d'un enfant qui vit et est âgé de 8 ans.

Hutchinson cite le cas suivant : un médecin traite sa syphilis pendant 6 mois, puis se marie se croyant guéri, 3 ou 4 ans après. Sa femme reste indemne et a 11 grossesses. Suivez bien les résultats fournis par cette série de grossesses et notez l'atténuation croissante de la syphilis paternelle, sous l'influence du temps.

La 1re et la 2e grossesse donnent un mort-né.

La 3e et la 4e donnent un enfant vivant, mais mourant peu après de syphilis.

Enfin les 7 dernières donnent des enfants syphilitiques, mais résistant à la syphilis.

Ces observations montrent bien que l'âge de la syphilis est très important, si bien qu'on peut dire ceci :

Avec une syphilis jeune, on doit redouter l'influence héréditaire pour l'enfant.

Avec une syphilis ancienne, les dangers sont d'autant moins graves que l'infection est plus ancienne, et finissent même par disparaître.

3° La troisième condition, quoique moins importante, doit être cependant prise en considération. Cette condition est relative à ce que vous me permettrez d'appeler la qualité de la syphilis paternelle.

Cette syphilis a-t-elle été bénigne ou grave ? Si elle a été bénigne, c'est-à-dire si elle s'est manifestée par des accidents superficiels, sans récidives, si elle a été docile au traitement, elle permet d'espérer qu'elle ne sera pas plus sévère quant à ses conséquences d'hérédité. Les présomptions inverses seront inspirées par une syphilis mauvaise et intense.

4° Il faudra tenir grand compte de la quatrième condition que voici : Quelle est la longueur de la période de temps qui s'est écoulée entre la dernière manifestation spécifique chez le père et l'époque de la conception ?

Il est en effet connu :

1° Qu'un enfant conçu à une époque voisine d'une poussée syphilitique, est menacé au point de vue héréditaire, et réciproquement un enfant conçu loin de l'époque où la syphilis s'est traduite par sa dernière manifestatio a toutes chances pour échapper à l'influence héréditaire.

Donc plus long sera le temps pendant lequel le père n'a pas eu d'accidents syphilitiques, plus les chances de l'enfant seront accrues.

5° La 5e condition majeure repose sur le traitement auquel le père a soumis sa syphilis.

L'expérience classique est formelle à ce sujet ; si bien qu'on peut établir en axiome ce qui suit, à savoir : que l'enfant né d'un père syphilitique qui s'est traité longtemps et méthodiquement, a toutes les chances pour échapper aux risques de l'hérédité syphilitique ; tandis que l'enfant né d'un père syphilitique qui ne s'est pas traité ou incomplètement, encourt les dangers multiples de l'hérédité spécifique.

La démonstration de ce double fait a été établie de façon à ne plus compter d'opposants.

L'enquête portera donc, dans le cas qui nous intéresse, sur les points suivants :

Le père de l'enfant s'est-il traité ? Comment ? Combien de temps est-il resté soumis à l'influence mercurielle ? Ne pas oublier de s'informer s'il s'est traité peu de temps avant le moment de la conception, car une influence même momentanée du traitement spécifique suffit, parfois, à conjurer les effets de l'hérédité syphilitique.

Telles sont les considérations qui nous permettent de déterminer si le médecin sera autorisé à confier à une nourrice l'enfant né d'un père syphilitique. Passons donc à l'application de notre problème dont tous les éléments sont posés.

Il s'agit donc d'un monsieur qui, syphilitique, vient vous consulter pour savoir s'il peut en toute loyauté confier son enfant à une nourrice. C'est par un *oui* ou un *non* qu'il faut répondre. Que faire pour donner cette réponse ?

Il faut : Examiner et interroger le sujet, déterminer si sa syphilis est encore dangereuse au point de vue héréditaire, en tenant compte des considérations que nous avons énumérées ; réunir ensuite les résultats de cette enquête, les analyser, les peser, pour se faire, si possible, une conviction.

Pareil jugement ne sera pas toujours facile, car le problème est complexe, les éléments en sont très différents et éminemment variables, chaque cas ayant son individualité propre. Mais si les difficultés sont réelles, elles ne sont pas insurmontables, car si dissemblables que soient les cas, on peut cliniquement les ranger en trois groupes.

Dans un 1er groupe de cas on peut répondre par un oui formel.

Dans un 2e groupe le non sera tout aussi absolu.

Dans un 3e groupe il est scientifiquement impossible de répondre ni oui ni non.

Dans le 1er ordre de cas, tout se présente favorablement pour l'enfant. Prenons un exemple. Un client se présente à vous, vous posant la question que vous savez. Vous l'interrogez, l'examinez, et vous trouvez qu'il est sain actuellement, qu'il a eu la syphilis il y a dix ans, par exemple ; que cette syphilis a toujours été bénigne, quelle n'a donné lieu à aucune manifestation depuis 8 ou 9 ans, qu'il s'est traité méthodiquement et longuement ; en un mot, toutes les conditions énumérées plus haut sont favorablement remplies.

Il est donc certain que l'enfant est sauvegardé, qu'il naîtra sain et ne sera pas dangereux pour sa

nourrice. Vous répondrez donc à la personne qui vous consulte : « Oui, vous pouvez confier votre enfant à une nourrice. »

Cette règle de conduite est suivie par la majorité des médecins, sauf cependant par un certain groupe de nos confrères qui se refusent absolument à confier un enfant issu d'un père syphilitique, à une nourrice. Il est trop commode de trancher ainsi la question, et il reste à savoir si ce procédé n'est pas plus nuisible qu'utile et si les malades n'auraient pas à se féliciter de solutions moins absolues reposant sur l'observation et la clinique. Or, de même qu'il est démontré qu'un syphilitique peut se marier à une certaine époque, sans être dangereux pour sa femme et ses enfants, de même, elle a démontré, pour ce qui nous concerne, par des milliers de faits, qu'on peut, sans danger, confier à une nourrice l'enfant d'un syphilitique dont la syphilis a perdu son pouvoir de transmissibilité héréditaire.

Examinons le second ordre de cas. Ici les conditions sont inverses. Vous êtes consulté par un client syphilitique ; vous faites, selon les règles, votre enquête et elle vous apprend que : vous avez affaire à une syphilis récente, datant d'un an ou deux, s'étant manifestée par de nombreux accidents ; qu'elle s'est accusée vers le moment de la conception, ou depuis, et qu'elle n'a pas été soignée complètement. Votre conduite est aussi simple, aussi tracée que dans le cas précédent et vous répondrez par un *non formel*, car, dans ces conditions, l'enfant à naître court les plus grands risques, qu'il transmettra ensuite à sa nourrice selon toutes probabilités.

Donc, dans ce cas, ce n'est pas seulement une indication médicale, mais un devoir professionnel.

Le praticien qui y faillirait commettrait une mauvaise action, et certes il serait condamné devant les tribunaux, car aucune considération ne saurait l'excuser.

Dans notre 3e ordre de cas, les choses ne sont pas aussi simples. Prenons un exemple :

Le sujet qui vous consulte a eu son chancre trois ans auparavant ; les accidents ont été moyens et les derniers datent d'une époque ni trop rapprochée, ni trop lointaine, un an auparavant par exemple. Le traitement suivi a été celui de la plupart des gens du monde qui se soignent bien, au début, parce qu'ils ont peur, et qui cessent quand ils sont rassurés, ou ne se traitent que de loin, en loin « quand ils ont quelque chose ».

Quel est donc l'avenir de l'enfant qui va naître ? cet avenir est incertain, car tout est possible. L'enfant viendra à terme et sain, c'est la probabilité qui réunit le plus de chances, car il est absolument ordinaire de voir des pères syphilitiques qui ont eu une syphilis moyenne et n'ont fait qu'un traitement moyen, donner naissance à des enfants non entachés de syphilis. Somme toute, le bilan est le suivant : Beaucoup de chances POUR l'immunité de l'enfant et quelques chances CONTRE.

Que répondre dans ce cas mixte ? Le bon sens et la morale se donnent ici la main pour nous faire répondre : « Non, ne donnez pas un tel enfant à une nourrice saine, parce qu'il serait immoral de faire courir, à une nourrice, les risques que cet enfant court par la force des choses. »

Mais, dira-t-on, puisque l'enfant, dans ce cas, a plus de chances pour lui, que contre lui, est-ce que l'intérêt de l'enfant n'excuse pas le médecin conseillant l'allaitement par une nourrice ? Non, répondrai-je, en dépit des probabilités favorables, parce qu'à côté de ces probabilités subsiste un doute qui ne permet pas de faire courir à une femme le risque, si éventuel soit-il, de contracter la syphilis. Et, d'ailleurs, les intérêts de l'enfant peuvent être sauvegardés d'une autre façon.

En résumé, dans tout cas qui laisse prise à l'incertitude, l'interdiction de l'allaitement me paraît une règle de conduite qui s'impose à l'accoucheur et en général à tout médecin, comme un devoir dont il ne saurait se départir.

Clinique chirurgicale du Dr Houzel

Ces admirables découvertes : l'antisepsie et l'asepsie qui ont métamorphosé la chirurgie dans ces dernières années, imposent aux chirurgiens des précautions toutes particulières qu'il est malaisé de remplir d'une manière certaine au domicile des opérés. Un personnel parfaitement dressé, des locaux préparés ad hoc étant indispensables, il est difficile, souvent même périlleux, de pratiquer des opérations importantes ailleurs que dans des maisons chirurgicales bien outillées et aménagées avec le plus grand soin.

Obéissant à ces idées, j'avais créé à Boulogne-sur-Mer une petite clinique chirurgicale dans une maison particulière utilisée du mieux possible. Le succès répondant à mon attente, avec le concours d'un habile architecte de Lille : M. Meurillon, je viens de faire édifier, rue de la Paix, dans un des quartiers les plus sains de la ville, une grande clinique chirurgicale dotée des perfectionnements les plus récents.

Située à mi-côte, au milieu d'un jardin d'un hectare, elle se compose de deux grandes ailes reliées par un bâtiment central destiné au service. Derrière ce bâtiment central, en retour sur le jardin, une chapelle se trouve au premier étage, le rez-de-chaussée étant disposé en promenoir couvert qui permet la promenade au grand air par tous les temps.

L'aile de droite est destinée à des malades de médecine ou à des pensionnaires, celle de gauche étant exclusivement réservée à la chirurgie.

Cette dernière comprend : salles de bains, de douche, une grande salle en marbre avec balcon vitré pour les opérations aseptiques, une salle plus petite pour les opérés infectés, un laboratoire, un déshabilloir pour les médecins, un déshabilloir pour les gardes-malades qui revêtent un costume de toile blanche, un cabinet pour le docteur, un salon parloir, plus vingt grandes chambres toutes bâties sur le même type : cinq mètres en tous sens, quatre mètres de hauteur de plafond, une cheminée et une bouche de chaleur, un grand cabinet de toilette y attenant et deux grandes fenêtres, d'où on a comme vue splendide : une échappée sur la mer, tout le panorama de Boulogne et de la riante vallée de la Liane qui se déroule à perte de vue.

Le bâtiment étant double, il est parcouru dans son milieu par un corridor large de deux mètres cinquante qui donne accès dans toutes les chambres et conduit au jardin. Tous les murs sont peints et la menuiserie est en sapin rouge verni de façon à ce que le tout se puisse laver.

Une description détaillée m'entraînerait trop loin, aussi me bornerai-je à cet aperçu pour dire un mot de l'administration de la maison.

Voulant rester exclusivement chirurgien, je m'en suis remis à une Supérieure pour tous les détails de l'administration. Elle perçoit les journées de séjour, avec quoi elle se charge du chauffage au calorifère, de l'éclairage, du blanchissage, de la nourriture et des soins des opérés qui n'ont d'autres frais accessoires que les médicaments et les honoraires du chirurgien. Le prix de la journée est de dix francs en moyenne, je dis en moyenne, des concessions étant faites aux malades peu fortunés.

Par suite de cet arrangement, tout en conservant la haute main sur le régime de mes opérés, je suis déchargé des soucis matériels, n'ayant à m'occuper que de la chirurgie comme si j'opérais à domicile.

Je n'ai qu'à me louer de cette manière d'agir et je serais heureux de faire profiter, des avantages que j'y ai trouvés, ceux de mes confrères du Concours qui seraient dans le cas de recourir à la chirurgie. Comme frais de séjour, je pourrais leur faire obtenir des conditions particulièrement douces, et je n'ai pas besoin d'ajouter que pour eux il ne saurait être question d'honoraires. Dr G. HOUZEL.

Société de protection des Victimes du devoir médical.

Dans le numéro du 8 août, nous avons annoncé ce que nous avions fait en faveur de madame Petit-Barat, qui avait sauvé une malade en exposant gravement sa vie.

Voici la lettre de remerciement qu'elle nous adresse :

Monsieur le Docteur,

Profondément touchée de la lettre que la Société de Protection des Victimes du Devoir médical a bien voulu m'envoyer, j'ai l'honneur de vous prier, Monsieur le Docteur, de bien vouloir recevoir et transmettre à la Société l'expression de toute ma gratitude et de ma plus profonde reconnaissance. Croyez bien que cette lettre, qui m'a profondément remuée, ne me quittera jamais et que plus tard je la léguerai, non sans fierté, à mes enfants, pour qu'ils sachent que dans n'importe quelle condition celui ou celle qui fait tout son devoir en est toujours récompensé.

Veuillez agréer, Monsieur le Docteur, l'expression des sentiments respectueux de votre humble servante,

Petit-Barat,
Infirmière à la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital.

Autre point :

J'ai jadis écrit moi-même que notre caisse serait vite remplie et capable de venir en aide à toutes les misères qui réclament notre intervention, si chaque médecin voulait se donner la peine d'intéresser à notre caisse les deux ou trois personnes les plus fortunées de leur circonscription. Une modeste souscription de 10 francs, recueillie par la plupart des membres de notre association, formerait un total des plus respectables.

Je suis plus autorisé que jamais à renouveler mon appel, puisque mon expérience personnelle, dans ma petite sphère, m'a appris qu'on pouvait obtenir beaucoup, en y mettant un peu de zèle.

C'est ainsi qu'en dehors d'une première série de souscriptions, se montant à 1.060 fr., j'ai en plus recueilli 380 fr. (soit 1.440 en tout), grâce à l'intervention bienveillante de quelques personnes de ma clientèle, qui, dans les hôtels où elles étaient descendues, ont bien voulu faire de la propagande en faveur de la cause qui nous est chère.

Après avoir remercié les donateurs, j'ajouterai que ce résultat aurait été encore plus brillant, si je n'avais pas renoncé à poursuivre ces collectes, devant l'opposition un peu imprévue de divers hôteliers et surtout de quelques médecins qui étaient en traitement à Vichy. Plusieurs se sont offusqués de ces souscriptions et ont même conseillé à des baigneurs de s'abstenir.

Je n'ai pas cherché à approfondir ce qui pouvait se dissimuler sous cette hostilité ; admettons qu'il s'agit simplement d'un scrupule honorable. Probablement, nos confrères n'ont pas voulu que le public fût initié aux misères de notre profession. — Mais c'est bien fâcheux pour le corps médical, en général ; car, certains malades seraient souvent plus généreux, s'ils pouvaient supposer tout ce qui se cache de misères et de privations sous le decorum du bon samaritain. On ne pense qu'aux médecins riches, qui sont l'exception, et on oublie que la masse des praticiens mène une existence précaire.

Est-il donc nécessaire de le laisser ignorer aux gens riches, qui peuvent honorer convenablement les soins donnés ? Je ne le crois pas pour mon compte ; c'est de l'amour-propre mal placé.

Dr Grellety.

VARIÉTÉS

L'assistance médicale au village.

La journée finie, la campagne s'assoupissant déjà, au loin, dans la délicieuse fraîcheur du crépuscule, le maire de la commune, mon voisin, vint s'asseoir à côté de moi, au seuil de la maison que j'avais louée, pour l'été, à des paysans. Le banc était fait d'une planche étroite et vermoulue, clouée sur trois billots ; et j'attribuais l'usure de ce banc, moins peut-être aux intempéries, qu'aux générations dont il avait secouru la fatigue, la vieillesse et l'infirmité, lorsque la voix du maire tomba dans mes réflexions comme une pierre dans l'eau tranquille.

— Eh bien ! Monsieur, vous plaisez-vous ici ? Un beau pays, n'est-ce pas ? Et sain ! On n'y est jamais malade, *on ne doit pas y être malade...*

Il parlait haut, péremptoirement, donnait l'idée d'un homme qui aurait un grade important dans la Force et dans la Santé. Je le regardai. Il paraissait, en effet, bien portant et vigoureux, le visage envahi jusqu'aux yeux par une barbe noire et drue, la poitrine buissonneuse dans l'écartement de la chemise.

— J'aime ce pays, répondis-je, et son climat bénin m'est une longue caresse.

— Ah ! reprit-il, comment peut-on vivre dans ces villes d'eaux, rendez-vous des affections incurables ? Il n'est pas possible que l'air absorbe tant de souffles corrompus ; on en respire fatalement la fièvre. Etes-vous de mon avis ? Je déteste les gens qui souffrent et le spectacle de la maladie m'est insupportable.

— Ce n'est point mon sentiment. Des yeux où se lit le désespoir de guérir et qui se traînent sur d'admirables paysages comme des chenilles sur une fleur, ces yeux-là m'emplissent de tristesse et de compassion plutôt que de dégoût.

Je vis que cet aveu me nuisait dans l'esprit de mon interlocuteur et qu'il se demandait si une tare physique secrète ne me rangeait pas dans la catégorie d'êtres qu'il méprisait. Mais une voiture de louage passa devant nous, sur la route, et mon voisin ayant échangé avec le voyageur un salut froid, la conversation, qui eût langui sans cela, se ranima.

— C'est le docteur Clarence, dit le maire. Il sort encore de chez le père Faradet. Non, je ne puis tolérer davantage cet abus ! J'en entretiendrai le préfet à la prochaine réunion du conseil d'arrondissement.

— Qui est le père Faradet ? questionnai-je.

— Un vieil indigent, toujours malade, inscrit sur la liste d'assistance médicale et auquel le docteur Clarence donne ses soins. Je devrais dire qu'il les prodigue... qu'il les prodigue scandaleusement. Voilà trois fois qu'il vient pour un méchant bobo à la jambe qu'a le vieux.

— Eh bien, observai-je, qu'est-ce que cela vous fait ?

— Comment ! qu'est-ce que cela me fait ! On voit bien que vous n'êtes pas au courant de l'administration d'une commune en général, et de l'application de la loi du 15 juillet 1893 sur

l'assistance médicale gratuite en particulier. Cette loi institue un service public d'assistance médicale à domicile ou dans un établissement hospitalier, pour tous les malades privés de ressources et aux frais de la commune, du département ou de l'Etat. Les dispositions de la nouvelle loi sont en vigueur ici depuis le 1er janvier 1895. J'ai eu le temps d'en reconnaître les inconvénients.

— De quelle nature sont-ils ?

— Vous allez en juger. Notre commune, Monsieur, n'avait pas attendu la réglementation dont elle subit aujourd'hui les effets pour organiser un service d'assistance en faveur des malades pauvres. Mais le régime facultatif de la loi de 1851 (article 6) nous laissant le choix des systèmes, vous pensez bien que j'avais adopté le plus économique. Je payais donc le médecin par abonnement. Moyennant cent francs par an, il s'engageait à soigner à domicile les malades indigents de ma commune qui le faisaient appeler. Quoi de mieux.

— Rien, évidemment... tant que ce traitement à forfait, plutôt désavantageux pour le médecin, ne le provoque pas à apporter de la négligence, du relâchement dans son service ou à augmenter, pour sa décharge, le nombre des hospitalisations.

— S'il fallait s'arrêter à ces considérations !... s'écria le maire avec un geste d'insouciance. Les recettes communales attribuées à l'assistance médicale sont, ici, modiques, mais suffisantes. Mon devoir est, d'abord, d'en empêcher le gaspillage. Or, on les gaspille, avec le mode de rémunération auquel nous astreignent maintenant les instructions préfectorales. Elles allouent au médecin un franc par visite, plus cinquante centimes par kilomètre, le retour, toutefois, n'étant pas compté. Les visites de nuit sont payées deux francs. Qu'est-il arrivé ?

— Que le médecin, qui ne se dérangeait pas assez autrefois, se dérange trop volontiers à présent.

— Vous l'avez dit. Les vieux médecins de la ville se sont bien gardés d'adhérer au fâcheux règlement. Mais un nouveau venu, jeune, sans clientèle encore et malin, a souscrit à toutes les conditions. Parbleu ! Desservant les communes de la circonscription, son intérêt est d'y entretenir le plus possible de malades. Alors, *il les fait traîner*, comprenez-vous ? Il accorde trois visites quand une seule serait nécessaire.

— Qu'en savez-vous ? Est-il diligent et capable ?

— Je ne dis pas non. Mais il n'est pas moins vrai que la note de ses honoraires s'est élevée, l'année dernière, à cent soixante-deux francs cinquante centimes.

— Au lieu de cent francs, que vous coûtait le service par abonnement. Différence : soixante-deux francs cinquante.

— Oui, Monsieur. Et je prévois, pour 1896, une dépense supérieure. Songez-y, la commune est distante de la ville de cinq kilomètres... et voilà la troisième fois, cette semaine, que le docteur Clarence vient voir le père Faradet, pour un bobo, je le répète, une méchante plaie à la jambe... Ce n'est pas un médecin consciencieux. Les malades, d'ailleurs, ne montrent guère plus de scrupules, à telles enseignes qu'on a dû leur supprimer l'eau de Vichy et le vin de quinquina, dont ils abusaient. On ne leur délivre plus gratuitement aujourd'hui que le quinquina en poudre et les sels pour fabriquer l'eau minérale. C'est déjà quelque chose. J'espère obtenir davantage. La loi, j'en ai acquis la certitude, ne s'oppose pas à ce que je revienne à mon ancienne combinaison. C'est le docteur Clarence qui sera vexé ! Quant aux malades pauvres, si on les écoutait comme ils s'écoutent, la commune irait à sa ruine et nous ne travaillerions que pour eux. Quelle engeance !

— Au résumé, demandai-je, perdez-vous plus de malades sous le nouveau régime et avec le nouveau médecin, que sous le régime et avec le docteur précédents ?

— Nous en perdrions plutôt moins, oui, deux ou trois... Mais la question n'est pas là...

Ce maire étonnant allait poursuivre sa démonstration, lorsque vint vers nous, sur la route, une jeune femme qui pleurait dans son tablier.

Le maire bienveillant, l'interrogea :

— Qu'est-ce qu'il y a donc, la Louise ?

— Il y a, Monsieur le maire, répondit-elle, que papa est au plus mal. M. Clarence assure qu'il ne passera pas la nuit. Contre la gangrène, pas de remède.

— Ah ! ah ! c'était sérieux ?... Ce pauvre Faradet !...

Le maire se tourna de mon côté et ajouta :

— Eh bien ! avais-je raison de dire que ce n'était pas la peine de multiplier les visites ?

Il haussa les épaules, se leva et me souhaita le bonsoir.

Je rentrai à mon tour, mais le lendemain, rencontrant mon propriétaire, je voulus savoir si la commune était contente de son maire.

— Oh ! pour un bon maire, c'est un bon maire, fit l'homme. Il n'a pas son pareil dans l'arrondissement. Ce n'est pas lui qui se repose sur l'instituteur... Il mène tout de front, dur à l'ouvrage, comme s'il n'était pas le plus riche du pays. Dame ! il ne donne pas son derrière à manger aux mouches, mais faut-il s'en plaindre, du moment qu'il prend les intérêts de la commune, comme si c'étaient ses propres intérêts ? Il ne tiendrait qu'à lui d'être notre député.

(*Echo de Paris.*) Lucien Descaves.

REPORTAGE MÉDICAL

Nous avons reçu la lettre suivante :

Mon cher Confrère,

J'ai la satisfaction de vous annoncer que pour le *Jubilé de M. Th. Roussel* et la *réunion des Inspecteurs de la Protection de l'Enfance* et des membres des commissions ou sociétés protectrices de l'Enfance, les compagnies de chemin de fer accordent le demi-tarif.

P.-L.-M. séjour (16 au 23 décembre), me prévenir avant le 6 décembre 1896.

Est. Séjour (17 au 27 décembre) me prévenir avant le 7 décembre 1896.

Nord. Séjour pour le 20 décembre, me prévenir avant le 12 décembre 1896.

Recevez l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels et cordiaux.

Dr Lédé,
19, quai aux Fleurs.

Le 29 novembre 1896.

Une *Ligue pour la réorganisation de l'enseignement médical*, s'est établie récemment, par l'initiative de

notre collègue, le Dr *Archambaud*, directeur de la *Revue médicale*.

Dans sa dernière séance, elle a décidé d'envoyer aux principaux doyens ou professeurs des facultés étrangères le questionnaire suivant :

1° Quel est actuellement le traitement fixe d'un professeur de faculté ou de ses suppléants (agrégé, privatdocenten, etc.) ?

2° Ces professeurs sont-ils, en outre, rémunérés par les élèves et dans quelle proportion ? Avez-vous des renseignements sur les revenus de tel ou tel professeur, du fait de son enseignement ?

3° Tous les professeurs ont-ils le droit de faire de la clientèle ?

4° L'enseignement est-il officiel ou libre, ou les deux enseignements existent-ils simultanément ?

5° Le nombre des médecins est-il limité ?

6° Les professeurs enseignants sont-ils les mêmes que ceux qui font passer les examens ?

7° Pouvez-vous nous fournir tous les renseignements ou documents existant sur l'excrcice de la médecine dans votre pays, ou nous indiquer à quelle source nous pourrons nous les procurer.

Les questions concernant la France ont été réservées et M. le Dr Chassaing a commencé à se procurer les documents concernant la question.

— *Question d'arbitrage médical.* — M. Rolland expose un différend avec M. le Dr Despagnet ; il demande que la réunion émette un vœu en faveur de l'arbitrage des Associations médicales, dans le cas de différends entre médecins. Le vœu suivant est adopté :

Les membres de l'Association professionnelle des médecins de la Haute-Garonne, réunis à Toulouse, au Siège de la Société ;

Mis au courant du *procès* que M. le docteur Despagnet, domicilié à Paris, intente à Monsieur Rolland, membre de notre Association professionnelle, domicilié à Toulouse, et de *ses origines* par la lecture de l'assignation à comparaître le 21 octobre dernier devant la neuvième chambre du Tribunal de 1re instance de la Seine, jugeant en matière correctionnelle, qui lui a été remise par M. Delpon, huissier à Toulouse, à la requête de M. Despagnet ;

Uniquement préoccupés de l'intérêt général de la corporation ;

Déplorent que le requérant ait refusé de porter cette affaire devant un Tribunal d'honneur composé de médecins, librement choisis par les deux parties, *seuls juges véritablement compétents en déontologie*, comme M. Rolland, sur le conseil de M. Gayet, Professeur à la Faculté de médecine de Lyon, le lui avait fait offrir, d'abord par l'entremise de M. Panas, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et ensuite par celle de MM. les docteurs Parinaud et Meyer, membres du Comité de la Société française d'ophtalmologie domiciliés à Paris.

(*Fédération médicale de Toulouse.*)

— Ce n'est pas sans regrets que nous informons nos lecteurs de la cessation de la publication de l'un des plus anciens journaux de la médecine, l'*Union médicale*. M. Richelot, le fils de celui qui l'a dirigée pendant un demi-siècle, tenu par les exigences de sa situation chirurgicale, prie les lecteurs de reporter leurs sympathies sur un autre journal, le « Bulletin Médical ». Il convient de rappeler, à ce propos, la mémoire d'Amédée Latour à qui l'Association Générale fut tant redevable.

— *Un legs important.* — Le professeur Desgranges, ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, a légué : aux hospices de cette ville, une maison de la valeur de 500,000 fr. ; à l'Association des médecins du Rhône, 20,000 fr., et au Dispensaire général, 5,000 fr.

— *Un heureux résultat. Diminution du nombre des étudiants en médecine inscrits en 1896 dans les Facultés et Ecoles de médecine de France.* — Depuis qu'a été appliqué le nouveau régime d'études qui exige, pour l'inscription dans les Facultés de médecine, la production du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, le nombre des étudiants a subi une diminution sensible. C'est au début de l'année scolaire 1895-1896 que les nouvelles dispositions ont été mises à exécution, et au 15 janvier dernier le chiffre des étudiants inscrits, qui chaque année avait été, à la même date, supérieur à celui de l'année précédente, a diminué de 511. Déjà, en 1895, le total des étudiants inscrits n'avait que faiblement augmenté, à cause de la suppression de l'officiat de santé, mais c'est seulement pendant la dernière année scolaire qu'est survenue la diminution que nous signalons. Il est vrai qu'en 1894 la différence en plus avec l'année précédente avait été considérable, parce que, d'après la loi du 30 novembre 1892 applicable un an après sa promulgation, le dernier délai pour l'inscription à l'officiat de santé expirait le 30 novembre 1893. D'ailleurs, voici à l'appui de ces faits les relevés officiels des étudiants inscrits au 15 janvier de chaque année dans les Facultés et Ecoles de médecine de 1891 à 1896 :

Années.	Inscrits.	Différence avec l'année précédente.
1891................	6,212	
1892................	7,069	+ 857
1893................	7,589	+ 520
1894................	8,897	+ 1,308
1895................	8,996	+ 99
1896................	8,484	» — 511

Ainsi donc il y a eu, de 1891 à 1895, une période d'augmentation pendant laquelle le nombre des étudiants en médecine s'est accru de 2,784. Il est probable que la période de diminution, qui a commencé en 1896, durera quelque temps, par suite des exigences du nouveau régime d'études et des nouvelles dispositions concernant les étudiants étrangers.

Quoi qu'il en soit, cette diminution du nombre des aspirants au doctorat ne se fera sentir, au point de vue professionnel, que dans cinq ans ; mais il n'y a pas lieu de redouter qu'à ce moment-là les médecins viennent à manquer, parce qu'il est démontré qu'actuellement il y a pléthore dans le Corps médical français, comme d'ailleurs le fait existe dans plusieurs autres pays d'Europe, en Italie et en Allemagne principalement.

(*Semaine médicale.*)

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4130. — M. le docteur Kortz, de Paris, membre du Syndicat général des médecins de Paris et présenté par M. le Dr Archambaud, de Paris.

N° 4131. — M. le docteur Faraggi, de Montesson (Seine-et-Oise), membre de l'Association des médecins de Seine-et-Oise, du Syndicat de Versailles et présenté par M. le docteur Le Menant des Chesnais de Ville d'Avray (Seine-et-Oise).

N° 4132. — M. le docteur Valentin (Paul), de Paris, présenté par M. le docteur Archambaud, de Paris.

N° 4133. — M. le docteur Duchenne, de Sainte-Anne d'Auray (Morbihan), membre de l'Association des médecins du Morbihan et du Syndicat de la Manche.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Margarot, de Uchaud (Gard), et Leroux, de Corbeny (Aisne), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-Andr
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année N° 50 12 Décembre 1896

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

ASSOCIATION AMICALE DES MÉDECINS FRANÇAIS

POUR L'INDEMNITÉ EN CAS DE MALADIE

Troisième Asssemblée générale du 15 Novembre 1896,

Le Dr Cézilly, président, ouvre la séance à 2 heures de relevée.

Prennent place au Bureau : MM. *Maurat*, Vice-Président ; *Gassot*, trésorier ; *Jeanne*, Secrétaire général ; *Archambaud*, Secrétaire des séances et MM. de *Fourmestreaux* et *Hervouet*, contrôleurs. Le président invite M. *Léon Marie*, de l'Institut des actuaires, à vouloir bien s'adjoindre au Bureau.

Remarqué parmi les membres présents : MM. Huguenin (Paris), Pannetier (Triel), Le Menant des Chesnays (Ville-d'Avray), Mignon (Les Mureaux), Lepage (Paris), Cesbron (Marines), Rousseau (Conflans-Sainte-Honorine), Vidal (Paris), Rol (Bois-Colombes), Fraenkel (Paris), Vayret (Courpières), Vignes (Corbeil), Bonnarme (Pons), Gille (Garches), David (Claye-Souilly), Lasne (Aix-en-Othe), Rigabert (Marly-le-Roi), Petitjean (Jouarre), Bourdon (Etrépagny), Pontet (Rives), Jacob (Montsûrs), Duchein (Seine Port), Augé (Pithiviers), Jacquot (Creil), Ribard (Meudon), Kleczkowski (Grand-Fresnoy), Chamoin (Paris), Bilhaut (Paris), de Grissac (Argenteuil), Bellencontre (Paris), Berne (Paris), Billon (Paris), Valentin (Paris), Kortz (Paris).

Excusés : MM. Berthet (Albertville), député, membre de l'Association amicale, Pargoire (Aubenas), Jagot (Angers), Héliot (Meulan), Moreau (Châtillon-sur-Seine), Triviot (Lyon), Laurent (Roanne), etc...

M. le Dr Rebulet, de Bourgtheroulde, en s'excusant de ne pouvoir venir à la séance, a fait don à l'Association d'une somme de 50 francs. Des remerciements lui sont adressés.

M. Cézilly prend la parole et s'exprime en ces termes :

Chers sociétaires : Vous allez entendre, dans un instant, le rapport de M. le Secrétaire général de notre *Association amicale*. Elle est la bien nommée, cette Société entre confrères et amis ; vous en conviendrez lorsque vous entendrez énumérer les services qu'elle leur a permis de se rendre cette année, les uns aux autres. A mesure que la tâche s'accroît, nos chers collaborateurs, MM. *Maurat*, *Gassot*, *Jeanne* et *Archambaud* ont redoublé d'ardeur. Ils se sont efforcés de surmonter les difficultés que présente, parfois, l'interprétation des statuts et que l'accroissement du nombre des sociétaires et des cas de maladies vient multiplier. Les interprétations des statuts ont toujours été inspirées par l'esprit de confraternité, mais aussi par le souci de respecter les bases sur lesquelles M. *Léon Marie* a établi ses calculs, en vue de la sécurité de l'œuvre.

Les délégués ont continué à faire preuve de grand zèle et je ne saurais vous demander avec trop d'insistance de joindre vos efforts de propagande aux leurs, non seulement en faveur de notre Association, mais encore pour la Caisse des pensions de retraite et pour une autre œuvre qui vise les veuves et orphelins de notre corporation. Croyez bien, Messieurs, que tous les membres du Bureau ont à cœur de justifier la confiance que vous avez mise en eux, le jour où vous avez bien voulu les élire pour mettre en mouvement les rouages de notre jeune Société déjà si prospère. (*Applaudissements.*)

La parole est à M. le Dr Jeanne, Secrétaire général, pour la lecture de son rapport annuel.

Rapport de M. le Dr Jeanne, Secrétaire général.

Messieurs et chers Confrères,

L'Association amicale arrive à la fin de sa troisième année.

Après avoir suivi en 1896 une progression analogue à celle de 1895, elle compterait aujourd'hui 376 membres si nous n'en avions perdu 3 par décès et 2 par radiation en vertu de l'article 11 des statuts (retard de plus d'un an dans le paiement des cotisations). Nous sommes en réalité au chiffre de 371.

Il ne m'appartient pas de faire passer sous vos yeux les calculs sur lesquels pâlit si souvent notre infatigable et dévoué trésorier. Mais je dois cependant en signaler deux dont la signification est aussi claire qu'encourageante au point de vue de la marche de l'œuvre.

1° Si nous divisons l'avoir net de la Société par le nombre actuel des membres, nous trouvons que la réserve moyenne de chacun de nous atteint le chiffre de 123 fr. 30.

2° Envisageons maintenant les services rendus. Du 1er juillet 1894 au 1er octobre 1896, l'Association a couvert de sa protection 51 confrères malades dont 5 l'ont été deux fois, et dont 6 ont été gravement frappés pour une durée de plusieurs mois. Pendant cette période de 27 mois, l'ensemble des Sociétaires ayant acquis le droit à l'indemnité a vécu 156.584 journées, parmi lesquelles nous avons eu 1628 journées de maladie. Un simple calcul de proportion nous indique que la moyenne individuelle des journées de maladie par an a été de 3,2, c'est-à-dire un peu supérieure à celle que prévoyait le dépouillement du questionnaire fait par le « *Concours* » en 1893, et notablement inférieure aux données que M. Léon Marie avait eu la prudence d'adopter, en cherchant à apprécier la morbidité médicale.

Ces deux excellents résultats ne nous ont pas empêchés de distribuer jusqu'à cette heure environ 11.000 fr., et M. Gassot vous dira que certains sociétaires ont touché des indemnités voisines de 1000 fr., ou même supérieures, pour un cas au moins.

Vous avez donc le droit, chers confrères, d'être fiers et heureux de ce que vous avez déjà fait.

Au cours de ses séances de 1896, votre Conseil a rencontré plusieurs cas particuliers qui lui ont fait constater la nécessité de modifier quelques passages de nos statuts et de fixer l'interprétation réclamée par d'autres.

M. le docteur Maurat a bien voulu se charger de vous présenter à ce sujet les propositions que nous avons mûrement étudiées. J'ai la ferme conviction que vous n'hésiterez pas à accepter nos solutions, et à approuver le sentiment d'équité et de prévoyance qui nous les a dictées.

Dans sa séance du 18 mars, le Conseil décidait *que chaque sociétaire malade devrait adresser, ou faire adresser, tous les quinze jours, au secrétaire général, un compte rendu de son état, avec indication de la date probable de la guérison, et visa du médecin traitant.*

Il nous était pénible, en effet, de rester sans nouvelles d'un confrère gravement atteint. De plus, le trésorier a besoin de s'appuyer sur quelques prévisions dans la gestion des fonds qui lui sont confiés, sans quoi il pourrait être conduit, après un placement par exemple, à différer trop longtemps le payement des indemnités de 600 fr., qui sont parfois impatiemment attendues. Enfin, il nous paraissait hors de doute que l'envoi bi-mensuel du bulletin de santé, fait par le médecin traitant, instituait, de façon permanente, ce contrôle dépourvu de suspicion, que nous sommes tenus de pratiquer.

Telles furent les raisons de cette première décision.

A la réunion de juin, un confrère qui arrivait à la fin de la période de l'indemnité journalière, c'est-à-dire au 64e jour de la maladie, demandait, quoique non guéri, à ne plus laisser courir son droit. Il agissait, nous en avons eu pleine confirmation, par esprit de générosité envers l'œuvre, et nous profitons de cette occasion pour le remercier chaleureusement. Nous n'en fûmes pas moins forcés de prévoir le cas, où, après quelque temps écoulé et ses espérances de guérison prochaine évanouies, il serait conduit à revendiquer de nouveau son droit. Quelle indemnité lui serait alors due ? Journalière ou mensuelle ?

— Le Conseil décida alors, sauf rectification par l'Assemblée générale, *qu'en cas de rechute d'une même maladie, dans un délai de moins de six mois, il ne sera accordé au sociétaire que l'indemnité mensuelle de 100 fr., s'il a déjà antérieurement touché l'indemnité de 10 fr. par jour pendant* 60 *jours.* — (Cette décision pourrait devenir le paragraphe 3 de l'article 29, le jour où on revisera les statuts.)

Le même jour, deux confrères nous annonçaient, en reprenant leurs occupations, que, sur le conseil des médecins traitants, ils avaient abandonné leur résidence au cours de la maladie, afin de hâter et de garantir la guérison par le séjour à la campagne.

Amplement renseignés par nos correspondants sur l'attitude absolument correcte des deux malades nous n'eûmes même pas l'idée d'un doute au sujet des motifs qui avaient dicté leur détermination. Mais ces deux faits nous conduisirent quand même à envisager le cas où un médecin peu scrupuleux aurait l'idée de prolonger une convalescence, sous forme de villégiature, et en restant couvert par l'indemnité.

Et, par pur esprit de prévoyance, le Conseil décida, toujours sauf votre approbation, que par interprétation de l'article 31, « *le séjour à la campagne sera assimilé au séjour dans les stations balnéaires ou hivernales, c'est-à-dire que chaque cas particulier sera soumis à une délibération spéciale du Conseil qui aura le droit, suivant l'avis des médecins traitants, d'accorder l'indemnité journalière ou mensuelle* ».

Enfin, le règlement de l'indemnité, versée au 1er octobre à l'un de nos malades, s'est effectué avec retenue d'une amende de 54 fr. pour un retard de 27 jours (!) dans la déclaration de maladie, et par application de l'article 32.

Ne vous semble-t-il pas, chers confrères, que c'est ouvrir la porte à des abus sérieux que d'autoriser, à un si faible prix, des retards de cette durée ? Il a paru à votre Conseil que, laissant de côté le cas particulier du sociétaire n° 187, vous deviez, désormais, prévenir de pareilles négligences, certainement incompatibles avec les principes de régularité que vous voulez voir présider au bon fonctionnement de l'Œuvre.

Il vous demandera, en conséquence, d'approuver par vos suffrages les décisions limitatives prises dans les séances de mars et de juin. Il vous proposera, de plus, d'introduire dans l'interprétation de l'article 32, une sanction plus sévère, afin d'assurer la possibilité d'un réel contrôle. A cet effet, il suffirait peut-être de déterminer aujourd'hui, par un vote, la durée précise du délai accordé par ces mots « *dès le début de la maladie* », *délai pendant lequel il n'y aurait pas lieu à amende, mais qui, une fois écoulé, enlèverait tout droit à l'indemnité pour les jours qui précèdent la déclaration,* ce qui est admissible, si le retard dépasse dix jours, par exemple, et n'est pas motivé par des raisons majeures, dont la preuve devra être faite, par le malade et son médecin traitant.

Je vous disais l'année dernière que l'Association amicale avait pris un développement rapide en certaines régions chaudement évangélisées, tandis que quelques provinces, et de celles où le corps médical

est cependant tenu en éveil sur les questions de solidarité, ne nous apportaient pas le contingent d'adhésions attendu dès la première heure. Sur ce point, chers confrères, la situation ne s'est pas modifiée.

C'est ainsi que la région lyonnaise (Rhône et départements limitrophes) nous a fourni encore 25 membres nouveaux sous l'impulsion active de M. le Professeur Bard et des auxiliaires dévoués qu'il a choisis ; c'est ainsi que nos collaborateurs de l'Ile de France ont obtenu à peu près même succès. Et pendant ce temps le Nord, l'Est, Marseille, Montpellier, Toulouse et le pays sur lequel rayonne le foyer pourtant très actif de Bordeaux, ont eu peine à donner ensemble une vingtaine d'adhésions.

J'ai beau chercher, chers confrères, l'explication de ce fait, je ne puis la trouver ailleurs que dans l'organisation de la propagande, car les besoins sont les mêmes partout, car partout la prévoyance s'impose.

Et c'est pourquoi l'appel nouveau que nous adressons à votre zèle devrait être entendu aussi de tous ceux qui ont une influence particulière par la chaire qu'ils occupent, par la réputation conquise, par la confiance résultant d'un mandat donné par leurs pairs, par les journaux qu'ils dirigent, etc.

Ainsi l'ont compris d'ailleurs bon nombre d'entre vous : M. le Dr Archambaud dans la *Revue médicale* ; M. le Dr Merlin (de Saint-Etienne), dans la *Loire médicale*; M. le Dr Bourdon (d'Etrépagny), dans la *Médecine moderne*; M. le Dr Bellencontre, dans le *Bulletin du Syndicat de la Seine*; M. le Dr Augagneur (de Lyon), dans la *Province médicale* ; MM. les Drs Lande et Lassalle, à la Société locale de la Gironde ; M. le Dr de Font-Réaulx, au Syndicat de la Haute-Vienne (j'en passe, car ils sont nombreux), ont droit à tous nos remerciements, et nous vous invitons à applaudir à leurs efforts, comme vous ne manquerez pas de le faire au succès constant et remarquable de M. le Professeur Bard.

A l'exemple de ce dernier, adressez-vous surtout aux jeunes qui vivent trop dans l'illusion et les chimériques espérances. Si l'avenir leur réserve des déceptions, épargnons-leur du moins les soucis et l'inquiétude des longues journées de maladie.

Le véritable esprit de confraternité nous dicte ici notre devoir. (*Applaudissements répétés.*)

La parole est ensuite à M. le docteur Gassot, trésorier, pour la lecture de son rapport annuel.

Rapport du Trésorier.

M. *Gassot.* — Messieurs et chers Confrères, j'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier de notre Association amicale. Selon l'habitude, la première partie comprendra les comptes définitifs de l'exercice annuel 1895 — et je vous demanderai pour eux votre approbation complète. — La seconde partie comprendra les comptes provisoires de 1896, arrêtés au 31 octobre, qui vous permettront de vous rendre compte de notre situation actuelle.

Comptes définitifs de l'année 1895.

Au cours de l'année 1895, votre Conseil d'administration a prononcé 122 admissions : les admissions de 1894 ayant été de 167, nous aurions été 289 au 31 décembre 1895 si nous n'avions eu le malheur de perdre deux confrères ; nous restons donc 287.

Sur ces 122 membres nouveaux, 66 ont opté pour la combinaison B, et 15 anciens sociétaires, inscrits à la combinaison A, *ont passé à la combinaison B. C'est donc 81 membres à ajouter aux 43 qui avaient* choisi la combinaison B en 1894, soit en tout 124 membres participant à cette combinaison.

56 membres ont préféré la combinaison A. Si nous les ajoutons aux 105 membres de 1894 restant à cette combinaison, nous arrivons au total de 161 membres pour cette combinaison.

Notre situation s'établit donc ainsi :

161	membres inscrits à la combinaison A.
124	membres inscrits à la combinaison B.
1	membre inscrit à la demi-combinaison A.
1	membre inscrit à la demi-combinaison B.
287	

Les cotisations sont rentrées avec régularité. Cependant 4 membres restaient depuis le 1er juillet suspendus de leurs droits en vertu de l'article 11 des statuts.

Recettes.

Les recettes de l'année 1895 se sont élevées à 20.466 fr. 67, savoir :

Cotisation	19.581 50
Intérêts des valeurs	568 35
Recouvrements	52 02
Amendes	6 »
Dons	258 80
Total	20.466 67

Dépenses.

Imprimés	308 25	728 35
Poste et transports divers	260 15	
Recouvrements	22 25	
Timbres quittance	50 20	
Frais de bureau	25 »	
Déplacement des membres du Conseil	62 50	
Indemnités aux associés malades		3.400 »»
Total		4.128 35

Les dépenses ont atteint le chiffre de 4.128 fr. 35, savoir:

Si du total des recettes.	20.466 67	
On déduit les dépenses.	4.128 35	
Il reste.	16.338 32	
Mais à la fin de 1894 la Caisse était redevable au Trésorier de la somme de	162 51	
Il reste donc en réalité		16.175 81
Nous avons retiré de la Caisse nationale d'épargne		1.000 »»
Nous arrivons donc à un total de		17.175 81

Je vous rappelle, Messieurs, que le chiffre élevé des imprimés est imputable à l'impression des statuts que nous avons fait tirer à un nombre d'exemplaires assez considérable dans le but de réduire nos frais pour les exercices ultérieurs. Je vous rappellerai aussi que cette dépense a été en grande partie couverte par le don de 200 fr. que nous a fait dans ce but spécial la *Société civile du Concours médical.*

Balance.

Achat de 200 fr. de rente 3.5 %	6.190 85	
— de 20 obligations Est anciennes 3 %	9.474 40	
— de 2 obligations Est nouvelles 3 %, ...	941 40	
Total	16.609.65	
Reste espèces en caisse.	566 16	
Total égal		17.175 81

Dont emploi a été fait de la manière suivante:

	Prix d'achat.	Au cours.
Avoir à la Caisse nationale d'épargne.	1.000 »»	1.000 »»
200 fr. de rente 3,5 % sur l'Etat français	6.194 40	6.037 15
4 obligations Est nouvelles 3 %	1.851 20	1.856 »»
12 obligations Midi anciennes 3 %	5.414 95	5.604 »»
20 obligations Est anciennes 3 %	9.474 49	9.230 »»
Espèces en caisse.	566 16	566 16
Totaux	24.501 11	24.293 31

Avoir de l'Association au 31 décembre 1895.

Vous voyez, par la comparaison des valeurs au cours et au prix d'achat, que nous étions en perte légère en raison de la baisse sensible qui s'était manifestée à la fin de 1895.

Caisse auxiliaire.

Sur notre avoir total, nous avons à retrancher une somme de 64 fr. 80 appartenant à la Caisse auxiliaire alimentée, vous le savez, par les amendes et les dons faits sans affectation spéciale.

En 1895, les amendes s'étaient élevées à	6 »»
— les dons sans affectation spéciale	58 80
Total	64 80

Vous voudrez bien, Messieurs, approuver ces comptes d'une manière définitive.

Comptes provisoires de 1896.

Pendant l'année 1896, le Conseil d'Administration a prononcé 87 admissions, mais nous avons eu le malheur de perdre un de nos associés et nous avons dû prononcer deux radiations en vertu de l'article 10 des statuts : nous sommes donc actuellement 371.

Parmi les nouveaux admis 37 ont choisi la combinaison B, 49 ont préféré la combinaison A, 1 enfin a pris la combinaison 1/2 B.

En outre, trois confrères ont passé de la combinaison A à laquelle ils s'étaient fait inscrire antérieurement à la combinaison B.

Nous avons donc au 31 octobre 1896 :

204 membres inscrits à la combinaison A.
164 membres inscrits à la combinaison B.
1 membre inscrit à la demi-combinaison A.
2 membres inscrits à la demi-combinaison B.

371

Quelques confrères ont encore, cette année, refusé l'envoi de leurs cotisations après avoir rempli toutes les formalités pour obtenir leur admission. Je répéterai qu'il eût mieux valu pour eux ne pas se faire admettre, puisqu'ils occasionnent à notre œuvre des frais en pure perte.

Cinq membres qui n'ont pas versé leur cotisation de juillet sont sous le coup de la suspension du droit à l'indemnité.

Recettes.

Nous avons encaissé jusqu'au 31 octobre 1896 une somme totale de 29.668 fr. 76, savoir:

Cotisations	28.637 »»
Intérêts des valeurs	755 07
Recouvrements.	118 54
Dons	104 15
Amendes	54 »»
Total.	29.668 76

Parmi les dons, je dois signaler celui de 100 fr. fait par l'Assemblée générale de la Société civile du Concours médical pour aider notre propagande.

Dépenses.

Nos dépenses se sont évaluées à 8.268 fr. 74.

Imprimés	173 35	
Poste et transports divers	214 39	
Recouvrements	43 75	665 49
Timbres quittances	69 60	
Frais de bureau	90 »»	
Frais de trésorerie	24 40	
Déplacement des membres du Conseil	50 »»	
Indemnités aux associés malades		7.603 25
Total		8.268 74

Nous nous efforçons de réduire au strict minimum les frais d'administration et nous supplions nos confrères de nous aider dans cette tâche en nous évitant des frais de correspondance inutile.

Il est pourtant bien simple de s'adresser au Trésorier, quand il s'agit de versement de cotisations, et au Secrétaire général quand il s'agit de déclarations de maladie et de guérison ou de demandes de renseignements. Les fonctions que vous nous avez confiées ne sont pas des sinécures, croyez-le bien, et nous vous serons reconnaissants de ménager notre temps comme les finances de l'Association.

Balance.

Si au total des recettes		29.668 76
Nous ajoutons ce qui restait en caisse au 31 décembre dernier		566 16
Nous obtenons un total de		30.234 92
Dont il faut déduire le total des dépenses		8.268 74
Il reste donc en excédent une somme de		21.966 18

dont emploi a été fait de la manière suivante :

Achat de 18 obligations chemin de fer du Midi anciennes	8.435 50	
Achat de 6 obligations chemin de fer de l'Est anciennes	2.848 25	
Achat de 15 obligations Banque Hypothécaire (Crédit Foncier) remboursable à 1000 fr.	8.493 »»	
Total	19.776 75	
Avoir à la Société générale	1.511 64	
Espèces en caisse	677 79	
Total égal		21.966 18

Avoir de l'Association au 31 octobre 1896.

	Prix d'achat.	Au cours.
Avoir à la Caisse nationale d'épargne	1.000 »»	1.000 »»
200 fr. de rente 3.5 % sur l'Etat français	6.194 40	6.034 25
10 obligations chemin de fer de l'Est 3 % nouvelles	4.699 45	4.825 »»
30 obligations chemins de fer du Midi 3 %	13.850 45	14.340 »»
20 obligations chemin de fer de l'Est 3 %	9.474 40	9.660 »»
15 obligations Banque hypothécaire remboursables à 1000 fr. (Crédit foncier)	8.493 »»	8.490 »»
Avoir à la Société générale	1.511 64	1.511 64
Espèces en caisse	677 79	677 79
Totaux	45.901 13	46.538 68

Vous voyez, Messieurs, que la comparaison nous montre une plus-value de 600 francs environ.

Caisse auxiliaire.

La caisse auxiliaire, dotée par les amendes et les dons sans affectation spéciale, possédait au 1er janvier 1896 la somme de	64.80
Nous lui versons le produit des amendes	54 »»
Et celui des dons sans affectation spéciale	4.15
Elle possède donc au 31 octobre 1896	122.95

Cette somme étant d'ailleurs comprise dans celle qui représente l'avoir total de l'Association.

Je pourrais, Messieurs, terminer là mon rapport spécial, mais j'estime qu'il est intéressant de rapprocher les résultats de nos trois premières années dans des tableaux qui vous feront mieux saisir la progression de l'œuvre.

Tableau des Recettes depuis la fondation.

	1894	1895	1896 (10 premiers mois)
Cotisations	9.016 65	19.581 50	28.637 »»
Intérêts des valeurs	13 45	568 35	755 07
Recouvrements	2 99	52 02	118 54
Dons	733 85	258 80	104 15
Amendes	» »»	6 »»	54 »»
Total	9.766 94	20.466 67	29.668 76

Tableau des Dépenses.

	1894	1895	1896
Matériel	196 50	» »»	» »»
Frais d'études	215 »»	» »»	» »»
Imprimés	358 30	308 25	173 35
Poste et transports divers	282 85	260 15	214 39
Recouvrements	1 25	22 25	43 75
Timbres quittances	25 »»	50 20	9 60
Frais de bureau	» »»	25 »»	90 »»
Frais de trésorerie	» »»	» »»	24.40
Déplacements des membres du Conseil	158 80	62 50	50 »»
Totaux	1.237 70	728 35	665 49

Tableau des Indemnités versées.

	1894	1895	1896
Indemnités maladie	370 »»	3.400 »»	7.603 25

Vous voyez que si nos recettes vont en augmentant, nos dépenses d'administration ont suivi une marche inverse. Vous voyez aussi que nous avons servi déjà un total d'indemnités s'élevant à 11.373 fr. 25. Ces indemnités varient d'importance, cela est évident, mais il suffira de dire que l'un de nos confrères, encore malade et dans l'impossibilité de reprendre l'exercice de la profession, a déjà reçu 1.490 fr. pour montrer toute l'importance de l'œuvre. Comme il suffira de rappeler qu'elle possède déjà près de 46.000 fr. de réserve pour montrer sa prospérité. (*Applaudissements.*)

M. Bourdon, d'Etrépagny. — Ne pourrait-on pas acheter des valeurs à lots, et faire ainsi bénéficier la Société des chances que procurent ces valeurs ?

M. Gassot. — Les valeurs à lots rapportent moins que les valeurs ordinaires.

M. Cézilly.— Dans tous les cas, rien n'empêchera le Conseil d'en acheter, si cela plaît à l'Assemblée générale.

M. Plateau. — On peut toujours en avoir quelques-unes, ce qui peut donner la chance d'un lot. (*Adopté.*)

M. Bourdon, d'Etrépagny. — La Société qui reçoit l'avoir de l'Association assure-t-elle la sécurité des capitaux ?

M. Gassot. — La Société générale garantit le dépôt, comme les autres Sociétés semblables.

M. de Fourmestreaux. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous donner lecture du rapport des contrôleurs pour l'exercice 1895 :

Les contrôleurs soussignés, après avoir examiné avec beaucoup d'attention et minutieusement, les comptes du Trésorier, les ont trouvés parfaitement exacts, et demandent à l'Assemblée générale de vouloir bien les approuver.

Paris, le 24 octobre 1896.

Dr P. Hervouët, Dr de Fourmestreaux.

M. de Fourmestreaux. — En mon nom personnel, je tiens maintenant à demander à l'Assemblée générale de voter des remerciements au trésorier qui a fait un travail vraiment extraordinaire, au point qu'on se demande comment il a pu, à lui seul, mener à bien une comptabilité aussi complexe et aussi étendue. Je vous demande de lui voter des remerciements. (*Applaudissements répétés.*)

M. Bourdon. — Le meilleur moyen de faire de la propagande serait de faire connaître ces comptes au public médical tout entier, en en faisant un extrait adressé à tous les médecins.

M. Cézilly. — Ne craignez-vous pas de trop gréver votre budget, et la publicité par les journaux médicaux ne suffirait-elle pas ?

Il est décidé qu'un extrait du rapport sera adressé aux divers journaux médicaux.

Modifications aux statuts.

M. le docteur Jeanne donne lecture des modifications proposées à divers articles des statuts :

Art. 10. Modifier de la façon suivante le 2e paragraphe :

« Ils ne peuvent y rentrer qu'après un nouvel examen médical, aux conditions d'une admission nouvelle.

Ceux qui se libèreront à la fin de leur année de suspension, devront, outre la cotisation arriérée, en payer les intérêts à 4 %, plus les frais de correspondance nécessités. »

M. Gassot. — Puisqu'on impose un nouvel examen médical, il serait utile de faire payer, au retardataire, le tarif de l'âge auquel il entre de nouveau, au lieu de lui faire payer l'arriéré qu'il ne payera pas, si cet arriéré est trop considérable, la cessation du payement des cotisations ayant eu lieu depuis longtemps, par exemple.

M. Lepage. — Cette observation me semble juste.

M. de Fourmestreaux. — Je crois qu'il serait bon de laisser aux confrères qui voudraient rentrer, soit de verser l'arriéré, soit de rentrer au tarif correspondant à son âge.

M. Archambaud. — Pour éviter de compliquer la comptabilité, je crois qu'il est préférable d'appliquer le nouveau tarif, qui est, du reste, plus avantageux pour le sociétaire ; ce dernier, en effet, préfèrera presque toujours cette combinaison au payement de l'arriéré, qui représentera, la plupart du temps, une somme importante.

Les modifications proposées sont adoptées.

A l'article 15. Remplacer le dernier paragraphe par ces mots : Ces sommes restent acquises à la Société (*Adopté.*)

A l'article 29, ajouter :

« En cas de rechute d'une même maladie, dans un délai de moins de six mois, il ne sera accordé au sociétaire que l'indemnité mensuelle, s'il a déjà antérieurement touché l'indemnité de 10 fr. pendant 60 jours. »

M. Maurat, vice-président. — Il peut se faire que le confrère malade cherche à avoir de nouveau deux mois d'indemnité complète et, pour cela, reprenne son travail, pour quelques jours, avant d'être complètement guéri ; le cas sera évidemment exceptionnel, mais il faut tout prévoir, et, sans suspecter la bonne foi de nos confrères, il ne faut pas que nous soyons pris ou dépourvu dans des cas semblables.

M. Plateau. — Qu'entend-on par même maladie ? Une fracture de jambe, par exemple, est suivie, au bout de deux mois de reprise du travail, d'atrophie musculaire qui empêche le travail ; appliquera-t-on le nouveau règlement dans ce cas ?

M. Maurat. — Evidemment, c'est la même maladie.

M. Lepage. — Je ne crois pas que la proposition soit très juste. Pour la tuberculose, par exemple, un médecin tuberculeux malade pendant trois mois, recommence à travailler pendant deux mois, c'est un confrère qui lutte, qui se relève et qui est intéressant.

M. Maurat. — C'est précisément pour ce cas particulier que l'article est modifié ; en effet, les sociétaires atteints ainsi d'affections chroniques peuvent très bien, par calcul, reprendre leur travail pendant 15 jours, tous les deux mois, et faire payer à la caisse des sommes qui, d'après les calculs de l'actuaire, ne seraient plus en rapport avec ses ressources.

M. Léon Marie. — C'est ce qui a été prévu, sinon, si on agissait ainsi pour les maladies chroniques, les cotisations deviendraient insuffisantes, et tous les calculs faits inexacts.

La modification est adoptée.

A l'article 31, après les mots : « aux eaux », ajouter ceux-ci : « à la campagne ». (*Adopté.*)

Art. 32. A la fin du premier paragraphe, ajouter la phrase suivante : « Cette déclaration devra être faite dans un délai maximum de 10 jours ; au delà de ce délai, le début de la maladie sera considéré comme partant du jour de la déclaration, à moins de raisons majeures qu'appréciera le Conseil d'administration. »

Et après le second paragraphe, la phrase suivante :

« Le sociétaire malade devra, en outre, faire parvenir, tous les 15 jours, au Secrétaire général, un compte rendu de son état, avec indication de la date probable de la guérison et visa du médecin traitant.

Dans chacun de ces cas, une amende de 2 fr. sera infligée par jour de retard.

M. Billon. — En cas d'impossibilité absolue, si le malade est atteint d'une affection annihilant ses facultés cérébrales, par exemple, on ne peut exiger de lui la déclaration immédiate.

M. Gassot. — C'est prévu ; il est dit que le Conseil d'administration appréciera.

Les deux paragraphes ainsi modifiés sont adoptés.

M. Gassot. — Je proposerai d'ajouter, au 1er paragraphe de l'article 39, les mots suivants : recettes, paiements, dépôts et placements de fonds ; *et, au second paragraphe, les mots* : sous sa responsabilité et sous la surveillance du Conseil d'administration.

Il peut effectuer de même le retrait des fonds déposés, ainsi que des sommes produites par l'intérêt des valeurs.

Mais le retrait des titres déposés ou leur vente ne peuvent être effectués que sur la signature de 3 membres du Bureau, dont le président ou le vice-président et le trésorier.

Ces modifications sont destinées à faciliter la comptabilité et à donner une plus grande garantie, s'il est possible, aux capitaux déposés. (*Adopté.*)

A l'article 44, remplacer les mots : « sous enveloppe fermée », par ceux-ci : « sous enveloppe ouverte, portant l'entête de la Société ».

Le nombre des sociétaires augmentant, il est important de réduire le plus possible ces frais accessoires. (*Adopté.*)

A l'article 48, 2° supprimer le nombre 15 et mettre : « prévus à l'article 32 ».

Cette modification est la conséquence de celles proposées aux articles précédents et intéressant la caisse auxiliaire.

M. Maurat. — Vous dites qu'il est difficile de calculer les réserves, mais ne pourrait-on pas verser à la caisse auxiliaire toutes les cotisations touchées depuis l'entrée dans la Société, moins les indemnités versées au sociétaire ?

M. Léon Marie. — C'est impossible ; vous pourriez dire que s'il y a un excédent, lorsque, au bout de cinq ans, vous ferez l'inventaire prévu par les statuts, cet excédent sera versé à la caisse auxiliaire ; mais, autrement, vous pourrez commettre de graves erreurs au préjudice de la caisse, parce que l'argent de ceux qui ne sont pas malades sert précisément à indemniser ceux qui le sont.

La modification est adoptée.

M. Groussin. — Un confrère a fait partie de la Société jusqu'à 68 ans ; sa situation de fortune est belle, il continue à envoyer ses cotisations, quoique n'exerçant plus, il tombe malade et nous réclame un secours parce qu'il a éprouvé des revers de fortune, par exemple, le lui payerez-vous ? Il n'exerce plus et, par conséquent, vous ne pouvez apprécier la durée de son incapacité de travail.

M. Gassot.— Le cas est prévu par les statuts à l'article 30, qui dit que l'incapacité de travail, dans ce cas, s'entend de l'impossibilité de quitter le lit ou la chambre.

On passe ensuite à la nomination de deux nouveaux contrôleurs. M. de Fourmestreaux se retire afin de faire place à un nouveau membre qui pourra se rendre compte aussi du soin avec lequel la

comptabilité de la Société est tenue ; il prie M. Hervouët de conserver son poste, afin que l'un des deux nouveaux contrôleurs soit au courant des opérations déjà effectuées.

M. Gilles, de Garches et Hervouët, de Paris, sont élus contrôleurs pour l'année 1896-1897.

La séance est levée à 4 heures.

Le Secrétaire des séances,
Dr Paul ARCHAMBAUD.

Liste des membres admis depuis le 1er janvier 1896.

Charrière	Souvigny.	Allier.
Joly	St-Pourçain.	»
Tessier	Chavroches.	»
Blache	Privas.	Ardèche.
Fuget du Pouget	Casteljean.	»
Lagarde	Vals.	»
Lautier	Les Vans.	»
Noble	Aubenas.	»
Pargoire	Aubenas.	»
Fabre	St-Rome-du-Tarn.	Aveyron.
Grandjean	Cabriès.	B.-du-Rh.
Lop	Marseille.	»
Martin-Raget	Arles.	»
Ruffier	Gardanne.	»
Terras	St-Remy-de-Provence.	»
De Faucher de la Ligerie	Dompierre.	Ch.-Infér.
Lallement	Norges.	Côte-d'Or.
Ducourtioux	Dun-le-Palleteau.	Creuse.
Miltas	La Souterraine.	»
Mazeron	Auxences.	»
Joany	Cubjac.	Dordogne
Laroche	Montignac.	»
Charrin	Valence.	Drôme.
Evesque	Lamothe-Chalençon.	»
Pangon	St-Vallier.	»
Chabbert	Toulouse.	H.-Garon.
Hillecock	Lerm-et-Musset.	Gironde.
Lassalle	Lormont.	»
Seheydt	Cette.	Hérault.
Barbier	Vienne.	Isère.
Bouchain	Saint-Ismier.	»
Couturier	Beaurepaire.	»
Rouvier	Voiron.	»
Perrin	Saint-Claude.	Jura.
Charrin	Saint-Didier.	H.-Loire.
Augé	Pithiviers.	Loiret.
Hamon	Ferté-Saint-Aubin	»
Renard	Pithiviers.	»
Chabanon	Villefort.	Lozère.
Jagot	Angers.	M.-et-L.
Saint-Cyr de Montlaur	Barneville.	Manche.
Dupré	Reims.	Marne.
Thierry	Saint-Mihiel.	Meuse.
Weiss	Cousances-aux-Forges.	»
Lorieux	Ploermel.	Morbihan.
Poncet	Anlezy.	Nièvre.
Didier	Lille.	Nord.
Rousselot	Tourcoing.	»
Ronnaud	Cambrai.	»
Grenier	Nanteuil.	Oise.
Bastide	Clermont-Ferrand	P.-de-D.
Moncorgé	Mont-Dore.	»
Brus	Conchez.	Bas.-Pyr.
Traby	Salces.	Pyr.-Or.
Bonnet	Neuville-s.-Saône.	Rhône.
Bret	Lyon.	»
Chaumier	Lyon.	»
Callignon	Saint-Fons.	»
Dressy	Mormant.	»
Goulliaud	Lyon.	»
Morel	Lyon.	»
Madinier	Lyon.	»
Nove Josserand	Lyon.	»
Raymond	Lyon.	»
Rossigneux	Lyon.	»
Triviot	Lyon.	»
Vincent	Lyon.	»
Sipp	Port-sur-Saône.	H.-Saône.
Morard	Mâcon.	S-et-Loire
Bellencontre	Paris.	Seine.
Billon	Paris.	»
Berne	Paris.	»
Fleury	Asnières.	»
Mathier	Paris.	»
Pillon	Paris.	»
Thoyer-Rozat	Paris.	»
Cossin	Auvers-sur-Oise.	S.-et-Oise.
Gripon	Pierrelaye.	»
Vignes	Corbeil.	»
Dubois	Sommery.	S.-Infér.
Moreau	Chatillon-sur-Sèvres.	Deux-Sèv.
Pailhas	Saint-Antonin.	T.-et-Gar.
Bouisson	Toulon.	Var.
Mancel	Toulon.	»
Gaston	Vairé.	Vendée.
Robuchon	Port-Joinville.	»

N. B. Nous avons le regret d'apprendre la mort récente de M. le Dr Berthes, député d'Albert-Ville, qui s'était excusé de ne pouvoir assister à la séance de la Société dont il fut un des premiers adhérents.

PROPOS DU JOUR

Les médecins accusés de crimes

Lorsque les médecins sont accusés d'un crime, le retentissement est grand, dans toute la presse, et cela à l'honneur de notre profession ; le public, en effet, sait que les scandales judiciaires, dans lesquels ils sont impliqués, sont on ne peut plus rares.

De plus, tout accusé doit être présumé innocent et en conséquence il appartient, aux confrères de cet innocent, de prendre en main la défense de sa cause. Ce devoir est encore plus étroit pour les médecins qui savent combien il est facile, avec la conduite la plus médicale, de se trouver aux prises avec des accusations. C'est le cas de MM. Boisleux et de La Jarrige.

Même quand une condamnation intervient, il est encore du devoir des médecins de rechercher les éléments possibles d'une erreur judiciaire, comme nous l'avons fait, heureusement, avec

d'autres, en 1894, pour le docteur *Lafitte, de Rosny*, qui fut jugé innocent et gracié par M. le Président de la République.

Notre infortuné confrère s'était trouvé dénué à peu près de tout appui de la corporation. Il n'en est pas de même des médecins en ce moment détenus. MM. Boisleux et de La Jarrige sont tous deux membres du Syndicat des médecins de la Seine, et, de plus, M. Boisleux fait partie du Syndicat général des médecins de Paris et du département de la Seine. Ils ont, dans ces Sociétés, des défenseurs tout désignés et ce n'est pas à nous à indiquer à celles-ci la voie à suivre.

Mu par le sentiment de solidarité médicale que le « Concours Médical » prêche sans cesse, nous n'avons pas hésité à nous rendre chez M. Boisleux, quoiqu'il nous fût absolument étranger. Nous avons pu le joindre, deux heures avant son arrestation, et en présence des bruits inconcevables qui couraient à son sujet, nous voulions lui demander une note de caractère médical, que nous aurions publiée, pour faire la lumière.

Les préoccupations qu'il éprouvait à ce moment suprême, avant son arrestation, ne lui ont pas permis de se rendre à notre désir et nous n'avons pas insisté.

En résumé, on peut être assuré que, grâce aux sociétés dont ils font partie, les accusés seront bien défendus et que dès l'instant que MM. *Brouardel, Thoinot, Maygrier*, des maîtres d'une autorité incontestée, suivent l'affaire, rien ne sera négligé pour le triomphe de la vérité. Nous souhaitons de tout cœur qu'ils puissent prouver innocence des accusés et nous désirons que cette nouvelle leçon augmente encore la prudence que nous ne cessons de recommander à nos confrères pour tout ce qui touche la gynécologie et même pour la plus simple opération pratiquée sur une femme, dans le cabinet du médecin.

A. Cézilly.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le bouillon dans la fièvre typhoïde.

M. le Dr *Edmond Vidal* est un partisan convaincu de l'utilité du bouillon dans la fièvre typhoïde. Il pense que les boissons aqueuses, données en abondance dans la fièvre typhoïde, entraînent hors de l'organisme non seulement les toxines, l'urée et autres matériaux nuisibles, mais encore, et en notable proportion, les sels minéraux indispensables à nos tissus. On aurait tort d'attendre la convalescence pour réparer par les injections de glycérophosphates cette désassimilation exagérée ; mieux vaut chercher à remplacer au fur et à mesure de leur élimination ces matériaux excrétés. Le bouillon étant, comme le dit M. A. Robin, « non seulement le tonique par excellence de l'estomac, mais aussi une solution de sels inorganiques parfaitement assimilables et représentant à peu de chose près l'ensemble des principes salins réclamés par un organisme en voie de déminéralisation » s'offrait tout naturellement en pareille circonstance.

« M. Vidal en a fait, pendant un assez long séjour en Algérie où la fièvre typhoïde est fréquente et le lait assez rare et de qualité inférieure, la base de l'alimentation du typhique et des pyrétiques en général. — « Nous faisions prendre à nos malades de un à 2 litres de bouillon dans les 24 heures, par doses réfractées de 100 à 200 gr. toutes les 2 heures, indépendamment de l'eau vineuse, de la limonade alcoolique et autres boissons au goût et à la discrétion du malade. — Mais, il importait dans un pays chaud, plus que partout ailleurs, tout d'abord d'avoir chaque jour un bouillon de même composition, et en second lieu surtout de soustraire ce bouillon aux ensemencements microbiens qui l'eussent bientôt transformé en bouillon de culture. Pour éviter toute souillure, nous avons employé le procédé utilisé dans la stérilisation pratique du lait. Le bouillon des 24 heures, soigneusement préparé suivant les préceptes de Duval, était réparti dans un certain nombre de flacons de 200 c. c. préalablement stérilisés par une ébullition prolongée dans l'eau salée. — Les flacons étaient remplis au moyen d'une cuillère à pot bouillie comme eux, et bouchés d'un fort tampon de ouate flambée.

« Chaque flacon contenant la quantité de bouillon à prendre en une seule fois et toutes les 2 heures, le bouillon, sorti stérile du récipient, doit arriver stérile dans l'estomac.

« Donné chaud ou froid, le bouillon est toujours accepté volontiers par le fébricitant qui refuse le lait. Conservé stérile par le procédé que nous indiquons, il donne des résultats surtout appréciables dans les pays privés de lait, et aussi au début de la convalescence, alors que le principal souci du praticien est de calmer cette faim térébrante aussi pénible pour le malade que pour l'entourage. Ces véritables crises gastralgiques sont fort bien calmées par une tasse de bouillon alors que le lait reste sans action, et en donnant du bouillon ainsi conservé à l'abri de tout germe, nous n'avons jamais observé ces diarrhées de convalescence si fréquentes après l'usage du bouillon ordinaire. »

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement hygiénique de la phtisie.

Par le Dr F. Toussaint (d'Hyères).

L'hygiène revendique à bon droit le premier rang dans le traitement de la phtisie pulmonaire.

La découverte du bacille de Koch avait fait espérer que le jour était proche où nous serions en possession d'un sérum ou d'un vaccin capables de rendre l'organisme humain réfractaire à la tuberculose. Tous les travaux entrepris dans cet ordre d'idées n'ont point encore donné de résultats satisfaisants ; on se rappelle l'échec de la tuberculine et les divers sérums essayés récemment n'ont nullement fait leur preuve. Mais si, au point de vue d'une application thérapeutique immédiate, les recherches de laboratoire et les études considérables faites sur la tuberculose n'ont point encore abouti, ils nous ont tout au moins permis de connaître à fond la maladie dans sa genèse et son évolution : nous pouvons donc aujourd'hui utiliser avec plus de discernement et employer d'une façon bien plus efficace les armes thérapeutiques dont nous disposons.

La médication offensive de la phtisie, celle qui consiste à viser la destruction du bacille, n'ayant pas à son actif un sérum curatif, n'a pas non plus trouvé dans l'emploi des antiseptiques un spécifique certain ; aussi reste-t-elle impuissante à guérir seule les malades. Il serait cependant injuste de ne pas user des ressources qu'elle nous offre.

Il est des médicaments, comme la créosote, qui ont fait leurs preuves et qui ont leur très grande utilité. Mais la plupart des auteurs sont d'accord aujourd'hui pour considérer cette thérapeutique seulement comme un adjuvant, souvent indispensable, d'ailleurs, à la thérapeutique défensive.

Celle-ci vise à fortifier l'organisme pour la lutte qu'il va avoir à soutenir contre l'envahissement bacillaire. C'est à cette thérapeutique, qui met en œuvre toutes les ressources hygiéniques capables de maintenir et de relever un organisme affaibli, à laquelle il faut s'adresser tout d'abord.

Entreprenez de guérir un phtisique, en le laissant dans les conditions d'hygiène défectueuses qui ont favorisé ou permis chez lui le développement de la maladie, vous pouvez être certain d'échouer.

Mettez-le au contraire dans les conditions de repos, d'aération, d'alimentation favorables, cela seul pourra suffire parfois à vous donner un succès, les médicaments n'intervenant que secondairement, au fur et à mesure de chaque indication particulière.

Il faut bien, d'ailleurs, qu'il en soit ainsi pour que nous puissions nous expliquer les nombreux cas de guérison spontanée que nous observons chaque jour. Comment comprendre ces tubercules guéris que l'on trouve dans les autopsies de vieillards, sinon parce que le bacille a trouvé dans l'organisme où il s'était développé à la faveur d'une défaillance passagère, une résistance qui a fini par l'annihiler, et cela avec les seules ressources de la nature.

« La tuberculose, dit M. Grancher, n'a une marche fatale que dans les organismes débilités. Au contraire, un individu qui prend la tuberculose dans un état de santé satisfaisant, ne se laisse pas envahir par le bacille sans qu'il y ait des luttes acharnées d'où résultent la prolongation, l'immobilisation, la guérison même de la maladie. »

Le traitement hygiénique a pour but de mettre en œuvre tous les éléments capables de lutter contre la déchéance organique qui peut être cause de la terminaison fatale de la maladie. Il s'applique à tous les malades et à toutes les périodes de la maladie. Dans ses grandes lignes, il est d'une application relativement facile, pourvu que le malade veuille bien s'y prêter et que le médecin ait la volonté et la persévérance nécessaires pour obtenir qu'il soit continué longtemps et minutieusement observé dans ses pratiques les plus importantes.

Les éléments principaux du traitement hygiénique de la phtisie sont au nombre de trois : 1) La suralimentation. 2) Le régime du repos et 3) La cure à l'air libre. Autour de ces principes fondamentaux viennent se grouper un certain nombre de pratiques hygiéniques accessoires, variables suivant les circonstances et suivant les malades.

1° La suralimentation.

Le professeur Debove, en gavant les phtisiques avec la sonde, a démontré que le tuberculeux ne mange jamais trop, pourvu qu'il digère.

L'usage de la sonde n'a pas persisté parce que son emploi est pour la plupart des malades une cause de répugnance invincible. Mais la suralimentation est restée un principe classique dans le traitement du phtisique et l'un de ceux qui nécessite de la part du médecin le plus de persévérance et de ténacité.

Certains malades, et c'est le plus grand nombre, ne mangent pas simplement par dégoût. Ils ne sont pas dyspeptiques, mais l'idée d'absorber des aliments leur répugne. C'est dans ces cas surtout qu'il faut savoir être inflexible, user de tous les artifices culinaires possibles, varier les mets, utiliser la viande crue ou la poudre de viande fraîchement préparée.

Souvent on est surpris de voir au bout de peu de temps l'habitude de manger se reprendre et les malades s'alimenter convenablement. Ce jour-là un grand pas est franchi, car « un malade qui mange est à moitié guéri » (Léon Petit).

Chez les tuberculeux dyspeptiques, la conduite à tenir est beaucoup moins aisée et les résultats obtenus moins satisfaisants.

Les uns souffrent après les repas. D'autres vomissent presque tout ce qu'ils prennent.

Pour ces malades, il faut savoir varier ses prescriptions alimentaires au jour le jour, traiter chaque symptôme particulier. Il ne s'agit plus ici de suralimentation, mais simplement d'alimenter son malade autant que possible.

Chez les malades fébricitants, on aura soin de faire prendre les repas pendant les périodes d'apyrexie ou à la fin des accès.

Nous ne voulons pas nous appesantir ici sur tous les détails de l'alimentation du phtisique, la question ayant déjà été traitée dans ce journal. Nous rappellerons seulement que l'alimentation carnée excessive doit tenir le premier rang et qu'il faut être très réservé sur l'emploi de l'alcool en dehors des périodes fébriles.

Le régime moyen d'un phtisique a été établ par Daremberg de la façon suivante; il répond bien à la généralité des cas :

Viande brute 600 grammes ; pain 350 grammes ; 2 œufs ; beurre ou matières grasses 80 grammes ; pommes de terre 100 grammes ; riz, macaroni, maïs, pois, haricots, lentilles 300 grammes ; bière 1 litre ; lait 1 demi-litre ; cognac 20 grammes.

On fera faire quatre repas par jour, le plus important devant toujours avoir lieu à midi.

Dans les sanatoria allemands, on préfère en général faire manger les malades plus souvent et en moins grande quantité à la fois. Le nombre des repas est ordinairement de six par jour.

On y trouve l'avantage de ne pas surcharger l'estomac et de stimuler l'appétit.

En somme, l'on peut dire que l'alimentation joue dans la guérison du phthisique le rôle le plus important, plus important même que la cure d'air ; aussi sera-t-elle dès le début de la maladie l'objet des recommandations les plus précises du médecin et de la sollicitude de l'entourage du malade.

2° Régime du repos. Cure à l'air libre. Aus-

sitôt qu'on aura fait le diagnostic de tuberculose, on devra prescrire au malade le repos : repos physique et repos moral.

En présence de la déchéance organique qui s'accuse chaque jour à mesure que la maladie fait des progrès, il n'est pas toujours aisé de lutter en augmentant les recettes, aussi faut-il restreindre autant que possible les dépenses et pour cela diminuer et même supprimer complètement tout travail.

Appliquée dans toute sa rigueur, cette prescription se heurte malheureusement souvent à une impossibilité matérielle. Le repos absolu est un traitement que le riche seul peut observer. Pour les autres, on ne peut faire que s'en rapprocher le plus possible. La méthode qui consistait à conseiller aux phtisiques, surtout au début de la maladie, de l'exercice est absolument abandonnée par l'expérience. « Le repos est le seul moyen d'entraver l'usure organique et souvent aussi le seul moyen de faire disparaître la fièvre. » (Marfan.) Aussi, le médecin doit-il user de toute son autorité pour faire comprendre au malade l'importance qu'il y a pour lui à prendre une décision radicale et ne plus avoir qu'une seule préoccupation, se guérir.

Le repos n'est véritablement efficace que si le malade vit à l'air libre nuit et jour.

Le jour, le malade doit séjourner dans une véranda ouverte, la nuit dans une chambre aux fenêtres ouvertes.

Cette cure au grand air doit se faire par tous les temps, et si le malade est bien couvert il n'aura rien à redouter. La respiration d'un air froid ne peut avoir aucun inconvénient; seul le refroidissement du corps est dangereux : un nombre suffisant de couvertures et une bouillotte d'eau chaude pareront à cet inconvénient.

Il ne faudrait cependant pas comprendre le régime du repos d'une façon exagérée et maintenir tous les phtisiques sans exception couchés du matin au soir et du soir au matin. L'absence de tout exercice et le séjour constant au repos allongé s'impose au phtisique en évolution, et au début de la maladie lorsque la tendance à l'amaigrissement est si grand. Il est, nous l'avons déjà dit, le seul moyen efficace que nous ayons pour lutter contre la fièvre. Mais quand le phtisique est arrivé à un degré de validité suffisant, alors, peu à peu, on doit couper les périodes de repos par quelques exercices respiratoires et quelques promenades, de plus en plus longues, sans surmenage ni transpiration, en faisant cinq ou six inspirations profondes tous les cent pas. Par une gradation insensible et sagement mesurée, le malade arrivera ainsi peu à peu à reprendre la vie commune.

L'aération permanente a en général des résultats immédiats.

L'appétit augmente, la toux diminue, la fièvre tombe et conséquemment les forces augmentent. Bien entendu, on ne soumettra pas brutalement du jour au lendemain les malades à ce régime. On devra, au contraire, les y habituer progressivement. Le jour, la meilleure façon de faire consiste à maintenir le malade couché sur une chaise longue.

La nuit, on commencera par tenir ouverte la porte de la chambre donnant sur une pièce voisine dont on aura maintenu la fenêtre ouverte. Progressivement on entr'ouvrira la fenêtre de la chambre à coucher du malade en laissant les rideaux fermés et on pourra arriver à laisser la fenêtre grande ouverte, en interposant entre elle et le lit un simple paravent.

Pour être véritablement efficace, la cure à l'air libre doit être faite hors des grands agglomérations urbaines, la première condition étant de respirer un air pur. Il convient avant tout de mettre les surfaces pulmonaires ulcérées à l'abri des infections secondaires par les microbes pathogènes (streptocoques, staphylocoques), aussi doit-on rechercher l'air des champs, de la montagne ou de la mer.

Cela nous amène maintenant à traiter une question sur laquelle on est loin d'être d'accord.

Il n'est personne aujourd'hui qui n'admette comme parfaitement démontrée l'utilité des principes hygiéniques que nous venons de développer, mais où la divergence commence, c'est quand il s'agit de la question du climat où l'on doit les appliquer.

Existe-t-il un climat qui soit plus favorable qu'un autre dans le traitement de la tuberculose ?

Autrefois, l'on croyait à la spécificité des climats : aujourd'hui on n'y croit plus et avec raison.

«Tous les airs sont bons, pourvu qu'ils soient purs et qu'on en puisse jouir dans les localités confortablement installées pour les malades. » (Daremberg.)

S'il est relativement facile de trouver ces conditions en été, lorsque vient l'hiver, l'embarras commence.

Jadis, pour le malade riche, il n'y avait pas d'hésitation possible. Les stations de la côte méditerranéenne d'une part, Pau et quelques stations privilégiées du sud-est les attiraient tous.

En Suisse et en Allemagne l'embarras fut grand pour trouver la possibilité de donner en hiver un climat acceptable aux malades. Dans ces pays l'hiver est rude et l'on ne voit guère le soleil, aussi fallut-il monter au-dessus des nuages pour les rencontrer : c'est ainsi que les stations d'altitude et leurs sanatoria, dont le premier fut fondé par Brehmer en 1859 à Görbersdorf, sont devenues des séjours d'hiver.

Nous voici donc en présence de deux climats bien différents, qui peuvent même paraître absolument opposés. Y en a-t-il un qui soit réellement préférable à l'autre ? Ont-ils l'un et l'autre des indications particulières ?

Pour les fervents adeptes de l'altitude, il n'y a guère de contre-indication à envoyer les malades à la montagne. Presque tous y trouvent des avantages tels qu'on ne devrait jamais songer à soigner autre part les phtisiques curables.

Cette façon de vivre n'est pas, il s'en faut, adoptée par tout le monde : la montagne, comme toute chose en médecine, a ses indications et ses contre-indications.

Le climat de montagne est un climat tonique et froid, dont les effets immédiats sont les suivants : augmentation de l'appétit et de la capacité digestive, augmentation de la force musculaire et stimulation du système nerveux.

D'autre part, la raréfaction de l'air amène une suractivité de la circulation cardio-pulmonaire, des échanges organiques et un accroissement

permanent de l'expansion inspiratoire du thorax.

A première vue, il semble que tous ces effets produits par l'altitude doivent amener chez tous les tuberculeux une amélioration considérable : c'est en effet ce qui se produit dans beaucoup de cas, mais il s'en faut que ce résultat favorable soit obtenu dans tous, et la grande majorité des auteurs pense qu'une sélection sévère doit être opérée dans le choix des malades qu'on envoie à la montagne.

Nous ne pouvons mieux faire que de citer ici l'opinion de M. Barth, qui est celle généralement admise :

« Les prédisposés héréditaires, encore indemnes de localisations — les lymphatiques, les scrofuleux — les phtisiques atteints de lésions au début, apyrétiques, ou n'ayant que des poussées de fièvre courtes et rares, ceux chez lesquels le mal a débuté par une pleurésie, y obtiendront des résultats favorables, pourvu que leur moral soit ferme, pourvu qu'ils sachent résister à l'influence déprimante de l'ennui, du froid, de l'isolement. »

« Mais on se gardera d'envoyer sur les hauteurs les malades atteints d'affections du cœur et des vaisseaux, d'hémophilie, d'asthme et d'emphysème ; on en dissuadera également les tuberculeux à forme éréthique, à réactions nerveuses désordonnées, les cas avec fièvre d'emblée, hémoptysies congestives, lésions broncho-pneumoniques étendues. L'existence d'une complication laryngée, d'une entérite ulcéreuse ou d'une néphrite albuminurique est une contre-indication encore plus formelle. »

On voit par cette énumération de contre-indications que l'altitude ne saurait être considérée, il s'en faut, comme devant répondre à tous les cas. Nous verrons d'ailleurs plus loin qu'il est encore d'autres considérations qui fatalement s'y ajoutent pour en restreindre l'usage.

(*A suivre.*)

REPORTAGE MÉDICAL

Nos plus sincères félicitations à notre éminent collègue le Dr HUCHARD, qui vient d'être élu à l'Académie de médecine, en remplacement de Constantin Paul.

— Nous apprenons avec regret la mort d'un distingué disciple de Pasteur, le professeur I. STRAUS, professeur de pathologie expérimentale à la Faculté de médecine de Paris.

Curieux cas d'exercice illégal. — M. le Doyen Brouardel, à propos de l'utilité de l'enregistrement des diplômes, racontait, il y a quelques jours, au banquet de l'Union des Syndicats, les faits suivants :

« Tenez, il y a, non loin de Paris, un médecin « qui, étant en 1re année de médecine, vint remplacer un de ses oncles. Le remplacement dura « trois ans, puis l'oncle mourut. Vous croyez que « l'étudiant retourna à ses études ? Pas du tout. Il « se considéra dès lors comme médecin, il fit même « un certain chemin dans la profession, puisqu'il « était hier encore président du Conseil d'hygiène « de son département ! Et cet autre, qui est présenté par un soi-disant médecin dans une famille. Il épouse la fille de la maison. Il y a quelque « temps le beau-père vint me trouver et me demanda qui des deux était médecin. Eh bien, ni « l'un ni l'autre ne l'étaient, ni celui qui avait « présenté, ni celui qu'on avait présenté ! A l'heure « actuelle je le répète, il est impossible de savoir « ceux qui exercent la médecine légalement, et cela « parce qu'on n'a pas voulu faire enregistrer son diplôme. »

Nous connaissons d'autres cas du même genre. Mais nous savons fort bien que l'administration est renseignée sur les faits et gestes de ces confrères de la main gauche et sur leur manque de titres. Elle ne poursuit pas, parce que l'application de la loi sur l'exercice de la médecine est le moindre de ses soucis et elle est sans excuse.

— *La loi sur la santé publique*. — La commission sénatoriale chargée d'examiner le projet de loi sur la protection de la santé publique, s'est complétée par l'adjonction de deux membres : MM. Berthelot et Rolland. — De plus, M. le professeur Cornil, rapporteur, s'est mis d'accord avec le ministre pour provoquer la discussion dans une des prochaines séances du Sénat.

— *Hypnotisme et psychothérapie*. — M. Bérillon fera tous les jeudis, à 10 heures 1/2 (à partir du 3 décembre), à l'Institut psycho-physiologique (49, rue Saint-André-des Arts), un cours pratique sur les applications de l'hypnotisme au traitement des maladies nerveuses et à la pédagogie.

Des conférences seront faites par des médecins tous les jours, à 5 heures, à l'Institut psycho-physiologique.

— *La population de la France*. — Les résultats définitifs du dénombrement effectué le 29 mars 1896, sont à l'heure actuelle tous connus.

La population constatée en France comme présente le 29 mars 1896, s'élève à 38.228.969 personnes.

Lors du précédent dénombrement effectué le 12 avril 1891, 38.095.150 avaient été recensés.

L'augmentation de 1891 n'est donc que de 133.819.

Cette augmentation est due presque exclusivement à l'accroissement des centres urbains. Les augmentations portent sur 24 départements. Les diminutions, au contraire, s'étendent sur 63 départements. Parmi les départemens où la plus forte augmentation a été constatée figure le département du Nord avec 72.627 habitants, venant immédiatement après la Seine (197.008 habitants).

— *Le nombre des médecins homœopathes dans les différents pays d'Europe et d'Amérique*. — Au cinquième Congrès tenu par les homœopathes à Londres, le Dr Hughes a communiqué une statistique relative au nombre des homœopathes qui exercent dans les différents pays d'Europe et d'Amérique. Ce nombre est allé en augmentant depuis quelques années, sauf en Autriche. On compte 50 médecins adeptes de l'homœopathie dans chacun des pays suivants : Italie, Russie, Portugal, Suisse. Il atteint près de 100 en Belgique, dépasse ce chiffre en Allemagne, s'élève à plus de 300 en Angleterre et à près de 10.000 en Amérique. Dans ce dernier pays on ne compte pas moins de 75 hôpitaux homœopathiques.

De la France il ne paraît pas avoir été question dans le rapport de M. Hughes, d'après le journal auquel nous empruntons ces renseignements.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

No 4.134. — M. le docteur CAILLAUD, de Saint-Germainmont (Ardennes), membre du Syndicat des Ardennes.

No 4.135. — M. le docteur PESCHAUD, de Murat (Cantal), secrétaire du Syndicat de Murat et Saint-Flour.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs TEISSONNIÈRE, de Saint-Hippolyte-du-Fort (Gard), et CHAMPY, d'Uzemain (Vosges), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : A. GEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-Andr
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dix-huitième année | N° 51 | 19 Décembre 1896

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Une nouvelle série de Sociétés de Secours mutuels.

Il y a deux ans, lorsque nous faisions une enquête sur les rapports entre mutualistes et médecins, quelques confrères nous avaient signalé l'apparition de groupements qui se dénommaient « *Sociétés de Secours mutuels des anciens militaires de telle région* ».

Ces confrères ajoutaient, avec une légitime indignation, que lesdites Sociétés semblaient vouloir agir comme les autres à l'égard du corps médical, c'est-à-dire lui imposer des conditions et l'exploiter en s'appuyant sur la division et la concurrence habilement entretenues.

Or, cette menace nouvelle s'accentue et se généralise : il n'est plus permis de l'ignorer.

Dans les grandes villes, on voit se constituer, dans ce but, des groupes d'anciens chasseurs, volontaires, tirailleurs, spahis, fantassins quelconques, dragons, hussards, cuirassiers, tringlots, artilleurs, etc., ou bien d'anciens combattants du Tonkin, du Sénégal, etc... Madagascar seul, et pour cause, n'a pas donné.

Dans les campagnes, le rapprochement s'opère, non plus par arme, ni par expédition, mais par cantons ; et nous sommes exposés à voir tous ceux qui ont fait leur service militaire, c'est-à-dire la grande majorité des Français, trouver place dans les cadres très élastiques de cette armée d'un nouveau genre, où l'on sera enrôlé jusqu'à la mort.

Seuls, les exemptés et les réformés resteront simples civils à l'égard du médecin et des honoraires médicaux : encore y a-t-il d'autres sociétés pour eux.

Car ils n'y vont pas de main-morte ces braves militaires : ils entrent d'assaut dans la mutualité, en y installant leur *smala* tout entière.

Nous n'exagérons pas. Ecoutez plutôt ce passage d'une lettre d'un médecin, qui crie au secours :

« Voici les conditions faites, ici, aux médecins, par cette Société :

1° Il nous faudra être membre honoraire de la dite société et lui verser 10 fr. par an.

2° Il nous sera alloué 1 fr. 50 par visite et consultation (le minimum en ville est ici 2 fr.). — Quant aux visites de nuit et aux opérations, nous n'en connaissons pas encore le tarif.

Mais la Société nous impose l'obligation de soigner, au même prix, la famille des membres participants, et cela sans nous garantir le paiement de nos honoraires pour les membres de la famille ne faisant pas partie de la Société. — Ce n'est pas tout : il y aura des membres participants habitant la campagne, auxquels la société allouera 2 fr. 50, à la charge, pour eux, de nous indemniser ou non.

Enfin, tout nouvel adhérent devra passer la visite. On ne dit pas si ce certificat d'admission, nous sera payé.

Et voilà où nous marchons faute d'entente entre confrères ! Pour moi, c'est l'étranglement de la médecine à bref délai, car une société d'anciens militaires, mais c'est tout le monde ; d'autant mieux que les invalides se rejetteront sur l'ancienne Société de Secours mutuels qui fleurit dans nos murs.

L'un de nos confrères et moi sommes bien décidés à ne pas verser de cotisation à une Société, qui, non contente de nous imposer un tarif réduit, voudrait encore nous prendre notre argent ! C'est abusif.

Je fais donc appel à vos bons conseils, mon cher Directeur, en vous priant de me donner promptement votre avis sur le cas présent, et vous adresse mes remerciements en même temps que l'assurance de mes meilleurs sentiments. »

Devant un aussi grave danger que celui-là

nous n'avons pas à prendre de précautions oratoires pour formuler l'avis qu'on nous demande.

Et nous dirons carrément : *Tout médecin qui se respecte, tout médecin digne de son titre et de sa profession, doit, à l'exemple de notre correspondant, refuser d'entrer en pourparlers avec ces mendiants d'un nouveau genre.*

Nous savons ce que nous devons à l'armée française, à l'armée dont nous faisons ou avons fait partie. Nous lui devons de ne pas prêter l'oreille à ceux qui s'autorisent d'elle pour faire de l'exploitation.

Passez, Messieurs les anciens militaires : ne vous arrêtez pas chez le médecin, car ancien militaire lui-même, il n'est pas plus riche que vous.

H. J.

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement hygiénique de la phtisie.

Par le Dr F. Toussaint (d'Hyères).

(*Suite*).

Les climats de plaine comprennent les stations dont l'altitude est inférieure à 400 mètres. Ils ont une influence sédative, calmante : telles sont les stations méditerranéennes, Pau, Amélie-les-Bains, Alger.

« Elles conviennent surtout aux phtisiques fébriles ; à ceux qui sont à la période de ramollissement ; à ceux qui sont sujets à des poussées aiguës de bronchite, de congestion, de pneumonie ; aux sujets atteints de phtisie fibreuse et d'emphysème ; de phtisie laryngée, de tuberculose intestinale ; à ceux qui ont des lésions pulmonaires très étendues ; à ceux enfin qui sont dans la période consomptive confirmée. » (Marfan.)

Les caractères du climat méditerranéen sont les suivants : grande pureté de l'atmosphère, sécheresse, radiation solaire intense, pression barométrique forte, douceur de la température.

Puisque personne ne croit plus aujourd'hui à la spécificité des climats, nous ne pouvons a priori admettre une supériorité du climat d'altitude et si, dans nombre de cas, il donne des résultats avantageux, c'est dans ses effets physiologiques qu'il faut en chercher la raison.

Or, que cherchons-nous actuellement en première ligne dans un climat favorable au phtisique ? La possibilité de faire la cure d'air. Ces conditions en hiver, nous les trouvons tout aussi avantageuses et même à un degré supérieur dans nos stations hivernales.

Même pureté de l'atmosphère, même radiation solaire. Où la différence apparaît, c'est au point de vue de la pression atmosphérique.

Or, si à la montagne, la raréfaction de la pression amène une exagération de l'amplitude inspiratoire, permettant ainsi au malade de faire de l'aérothérapie active, au niveau de la mer, la pression barométrique maximum presque constante lui fait faire une aérothérapie passive tout aussi favorable dans certains cas. Il n'y a qu'à voir le bien-être qu'y éprouve un emphysémateux pour s'en convaincre.

Le caractère de l'altitude, dit-on, c'est de produire une excitation générale de la nutrition.

N'a-t-on pas le même effet physiologique dans les stations situées au bord de la mer ? Il n'est pas un traité classique où même on ne leur re-

FEUILLETON

L'alcoolisme en Normandie (1)

Par M. Brunon, de Rouen.

(*Suite et fin*).

A la suite d'un concours de gymnastique, on pouvait voir, récemment, à Rouen, des bandes de jeunes gens regagner la gare, le lundi soir, avachis sous leur havre-sac et titubant dans les rues. Parmi eux des enfants de dix ans et titubant de même.

Classes riches. — On a déjà beaucoup écrit sur l'alcoolisme des classes riches. Ball et Leudet ont dit, sur ce sujet, des choses intéressantes, mais que je ne crois pas toutes également vraies ; aujourd'hui, il n'y a pas de comparaison à établir, mais seulement un rapprochement à faire, entre l'alcoolisme du pauvre et celui du riche. D'ailleurs le premier a une influence considérable au point de vue social, il menace d'une fin prochaine la société actuelle ; le second a surtout des conséquences individuelles, qui ne pèsent que d'un poids moindre sur la destinée d'un pays.

L'alcoolisme de l'ouvrier se voit dans la rue, et il est personnifié par l'homme qui, tous les lundis, chôme pour boire, et qui, tous les soirs, s'agite dans les débits au vu de tout le monde. L'alcoolisme des riches ne se découvre qu'à ceux qui le cherchent, il ne s'affiche pas, il est toujours correct et d'une observation difficile. Le premier donne à ses adeptes l'aspect misérable et ignoble ; le second est pansu et luisant de santé, en apparence. Le malheureux est poussé vers l'alcool par le besoin de s'étourdir. Le riche est mené par la recherche du confortable : tous deux obéissent à l'habitude du milieu, à l'exemple, aux préjugés qui disent que les toniques font les bons tempéraments.

Sur ce dernier point, les médecins d'il y a trente ans ont eu un rôle que je considère comme mauvais ; ce sont eux qui ont gorgé les générations de vins médicamenteux ou autres, de préparations alcooliques de toutes sortes, pour *tonifier* les générations. Tous les jours nous voyons les conséquences de ces idées : dans les hôpitaux de Rouen les internes ont droit à 125 grammes de vin de quinquina par jour, pour chasser le mauvais air probablement. Il y a quelques années, les infirmiers « touchaient » le matin, une ration de vin d'absinthe (1).

L'alcoolique riche n'a pas la même physionomie, à la campagne, qu'à la ville. A la ville, mon opinion est que la classe riche boit de moins en moins. A la campagne, elle boit autant que l'ouvrier, mais elle se croit indemne parce qu'elle boit des produits qu'elle croit bons : « le bouilleur de cru » est dans ce cas. C'est le propriétaire qui distille chez lui du cidre pour faire de l'eau-de-vie de cidre. Ces eaux-de-vie marquent souvent 55 et même 60 degrés (Tourdot) et elle sont souvent impures. Toute la famille s'abreuve de ce liquide : « Cela ne peut pas faire de mal, c'est naturel, c'est fait chez nous. » Les autorités du village, le curé, le médecin sont, ou plutôt étaient, il y a quelques années, tous plus ou moins alcooliques et l'étaient devenus sans le savoir.

Un de mes anciens internes, nouvellement installé à la campagne, vient un jour me voir avec un air consterné : sa carrière est brisée, il est épileptique ! Je l'interroge et finis par lui prouver

(1) Voir notre numéro 49.

(1) Actuellement encore, les internes reçoivent un litre de cognac le jour du 14 juillet.

proche d'être trop excitantes, puisque l'on recherche celles qui ne sont pas immédiatement auprès du rivage dans les cas où l'on veut obtenir un effet calmant.

Une différence considérable entre le climat d'altitude et le climat méditerranéen, c'est la température. Sur la Riviéra, la température moyenne varie entre 3 à 5° le matin (minimum) et 15 à 20° à midi. Dans le courant d'un hiver il gèle 5 ou 6 jours la nuit. Trouvera-t-on que cette température est excessive, fatigante pour les malades ? Je veux bien que tout cela soit relatif et puisse paraître une température excessivement chaude à un homme du Nord. Mais je soutiens qu'auprès des 15 ou 20° au-dessous de zéro qu'on a à Davos, beaucoup de Français trouveront la Provence préférable, même s'ils y ajoutent la comparaison entre le spectacle merveilleux qu'offre la neige perpétuelle avec celui que procurent les jardins remplis tout l'hiver de verdure et de fleurs.

On reproche au climat méditerranéen deux choses : le vent et le refroidissement de la température au coucher du soleil.

Quand on lit certains ouvrages qui parlent du Midi, il semblerait vraiment que l'hiver n'y est qu'une tempête perpétuelle. C'est là une erreur complète. En général, il est rare qu'il fasse du vent pendant la plus grande partie de la saison. Ce n'est guère qu'à partir du 15 février qu'on a à s'en plaindre. C'est d'ailleurs à cette époque qu'il commence à y avoir partout des perturbations atmosphériques violentes. Le séjour à l'altitude n'échappe pas non plus à l'inconvénient d'avoir un temps désagréable au printemps. Dès le mois de mars, les malades veulent quitter la montagne, mais où les faire aller ?

Sur notre côte de Provence, on peut admettre que pour une durée moyenne de séjour d'un malade qui est de 180 jours environ, il y a peut-être 30 à 40 jours où il fait du vent, dont la plus grande partie à cette époque de l'année, la plus variable partout, les mois de mars et avril.

Quand il fait du vent, si les malades restent chez eux en laissant leurs fenêtres ouvertes au midi, ils feront tranquillement leur cure d'air, sans avoir à souffrir le moins du monde de ce vent du nord-ouest. J'ai à cet égard une expérience personnelle qui me permet d'être affirmatif. La seule condition, c'est que les malades veuillent bien comprendre que se soigner dans le Midi ne consiste pas à errer toute la journée et tous les jours sur les routes.

Quant au refroidissement de la température au coucher du soleil, il dure 1 heure 1/2 environ et il est très inégal suivant les stations. Les malades pour s'en préserver n'ont qu'à rentrer chez eux, une demi-heure avant que le soleil disparaisse et à fermer leur fenêtre. A cela peut-être m'objectera-t-on qu'un malade qui vit une heure sur vingt-quatre la fenêtre fermée fait une cure incomplète ? L'argument serait excessif.

Dans tout ce que je viens de dire, je n'entends nullement m'élever contre les mérites réels du climat de montagne, qui donne d'excellents résultats dans les cas que j'ai précisés plus haut. Mais je m'élève contre la formule exclusive : en dehors de l'altitude, point de salut ! Ils sont en effet nombreux ceux qui ont usé de la montagne d'une autre façon et en ont eu d'excellents résultats ou qui ont pu guérir ailleurs que dans une station d'altitude. N'est-il donc pas plus simple de faire vivre l'hiver les malades là où il y a une température douce et de les envoyer

---

qu'il a simplement des accidents d'hystérie toxique, facilement curables. Il a cessé *immédiatement* « d'accepter quelque chose », chez M. le maire, chez M. le curé, chez les gros clients et, depuis lors, il n'est plus « épileptique ».

Dans les campagnes normandes, on ne reçoit pas un visiteur sans lui offrir « quelque chose » et le visiteur serait mal vu s'il n'acceptait pas. Un refus ferait croire au Normand, né soupçonneux, qu'on méprise ce qu'il vous offre.

On comprend qu'il peut être extrêmement difficile à un jeune médecin de s'affranchir de cette redevance.

Dans certaines parties de la Normandie, il y a de riches cultivateurs qui tiennent table ouverte à tout venant. C'est un moyen de se rendre populaire et de légitimer pour eux-mêmes les absorptions subintrantes de petits verres. On ne peut pas laisser le visiteur boire seul.

Dans l'observation suivante, on verra le régime habituel d'un rentier de gros bourg de basse Normandie : M. X... est un commerçant retiré très tôt des affaires ; il a une cinquantaine d'années et son aspect est celui que *Punch* a l'habitude de donner à son Français de convention : il est court de jambes, bedonnant, chauve et moustachu, il a l'air réjoui d'un commis-voyageur et porte tout l'hiver un cache-nez dont les extrémités pendent dans le dos.

Il se lève à 7 heures et prend à 8 heures un potage maigre chez lui. A 8 h. 1/4 il est au principal hôtel de l'endroit pour causer avec les amis et là il prend avec eux de la viande, un litre de cidre, un café avec deux ou trois verres d'eau-de-vie de cidre, le tout arrosé d'un verre de cognac.

A 11 h. 3/4 on prend l'apéritif, c'est-à-dire deux ou trois tournées de Madère et de vermouth ou d'un *mélange de Malaga et de Madère, c'est ce qu'on* appelle « le 50 % ».

A midi, il rentre chez lui pour dîner : viandes (excepté le vendredi), pas de légumes, sauf les jours maigres, et ces jours-là il se sent faible et « délabré ». Pas de dessert. Un litre ou deux de cidre, excellent d'ailleurs. Café avec deux ou trois petits verres (mais on ne mesure pas !).

Immédiatement après le dîner retour au café où l'on prend des bocks, de deux à six ou huit, même, suivant les tournées offertes.

A 4 heures, goûter comme le matin. Mais ce repas tend à disparaître. On cause jusqu'à 7 heures assis sur le devant des portes.

A 7 heures, on prend la soupe chez soi et c'est tout.

A 8 heures rarement un café. On prend plutôt des bocks (bière de Strasbourg).

A 9 heures on se couche.

Ce bourgeois gras n'a pas fait œuvre de ses dix doigts de tout le jour. Il n'a pas eu le temps. Il a des chevaux superbes, il ne saurait pas en atteler un lui-même.

Un type pareil ne se retrouverait pas dans la ville où la vie est moins oisive et plus intelligente. On sera peut-être étonné de m'entendre dire que le riche citadin normand est relativement sobre et que l'abus de l'alcool tend à diminuer chez lui. Quelques personnes se demanderont si la faculté de boire ne diminue pas chez lui en même temps que les autres énergies. Cette thèse a été soutenue sous une autre forme paradoxale : les populations alcooliques seraient les seules énergiques et qui aient produit de grandes choses !

Sur l'infériorité des générations actuelles je rap-

l'été à la montagne. Il y a un obstacle à cela, dit-on : En été le climat de montagne est trop variable. Mais, il est bon du mois de juillet à la fin de l'automne. Or, les médecins qui exercent dans les sanatorias reconnaissent qu'ils ne peuvent maintenir auprès d'eux la plupart de leurs malades plus de cinq à six mois, les séjours plus prolongés étant impossibles, soit que moralement les malades aient besoin de *changement*, *soit surtout* que physiologiquement le séjour à l'altitude ne leur vaille plus rien : On peut donc faire une cure d'altitude à la fin de l'été et pendant l'automne ; à leur début d'ailleurs les sanatorias ont été créés pour des cures d'été.

Enfin, autre chose est de dire qu'il faut qu'un malade aille dans un sanatorium d'altitude, autre chose est de l'y décider. Laissons de côté la question de répugnance à cette forme d'hospitalisation, que l'on peut vaincre en montrant au malade son intérêt. Le sanatorium ne sera accepté que par les isolés, rarement par ceux qui ont famille, enfants, qu'ils n'abandonneront pas ainsi pour aller se perdre dans la retraite, loin des leurs, sans savoir même si ceux-ci pourront venir les y retrouver si quelque jour leur situation s'aggrave. En comparaison du grand nombre des phtisiques, ceux qui séjourneront dans un sanatorium d'altitude ne constituent jamais qu'une exception.

« Ni Davos, ni Leysin, dit M. Barth, ne peuvent être conseillés, pour l'hiver du moins, aux malades pusillanimes, à imagination vive, à volonté mobile et vacillante, dont le faible cerveau reflète la couleur du temps ; ceux-là, isolés dans la solitude arctique de la haute montagne, sont promptement envahis par l'ennui, doublé d'un vague effroi ; ils ont le mal du pays, perdent l'appétit, cessent de réagir et leur état s'aggrave rapidement ; une prompte fuite est leur seule ressource. »

Je crois qu'on peut souscrire sans réserve à ces conclusions. Je le répète, il ne faut pas plus en climatologie que dans aucune branche de la médecine s'enfermer dans des formules étroites. Usons de la montagne, mais avec discernement. Dans cette question, comme dans bien d'autres, certains esprits, sans s'en douter, ont suivi le courant général qui, depuis vingt ans, nous a fait admirer sans discussion tout ce qui vient d'Allemagne. Autrefois les Allemands qui voulaient se soigner venaient dans nos stations, ils s'y trouvaient bien et ne songeaient pas à passer leur hiver dans la haute montagne, seul endroit où chez eux ils puissent trouver le soleil en hiver. Aujourd'hui ils restent chez eux et voudraient bien nous démontrer que ce qu'ils ont à leur service est infiniment mieux que ce que nous avons : il est permis de protester.

La montagne a beaucoup de bon, le tout est de l'employer à propos et, je le répète, de ne pas en faire une formule immuable. Nous ne pouvons prolonger ici cette discussion et approfondir un certain nombre de points que nous n'avons fait qu'effleurer. Nous ne voulons pas terminer sans nous résumer par quelques conclusions pratiques :

1° Lorsqu'on se trouve en présence d'un tuberculeux quel qu'il soit, le premier traitement à mettre en œuvre, avant même toute intervention pharmaceutique, est de lui enseigner les principes d'hygiène que nous avons développés plus haut : suivant la condition sociale du malade et le degré de sa maladie, on pourra faire plus ou

---

pellerai un passage du livre d'Herbert Spencer sur l'*Education* (1) :

« La calvitie prématurée est beaucoup plus commune qu'elle ne l'était et la perte des dents arrive, chez la nouvelle génération, avec une fréquence surprenante... Les hommes des générations passées, avec la vie débauchée qu'ils menaient, pouvaient supporter des fatigues que les hommes de notre temps ne supporteraient pas, malgré la vie sobre qu'ils mènent. Quoiqu'ils bussent vigoureusement, qu'ils mangeassent à des heures irrégulières, qu'ils vécussent dans des maisons mal aérées, et négligeassent beaucoup les soins de propreté, nos pères pouvaient supporter, sans en souffrir, une application prolongée, et cela, jusque dans la vieillesse.. Cependant, nous, qui avons beaucoup plus égard à notre santé, qui mangeons avec modération, qui ne buvons pas à l'excès, qui donnons notre attention à la ventilation, et qui faisons usage d'ablutions fréquentes ; qui multiplions les excursions annuelles et qui avons le bénéfice d'une science médicale plus avancée, nous succombons continuellement à notre tâche... Et si l'on en juge par l'aspect extérieur et les indispositions fréquentes des hommes de la génération qui vient, il est probable qu'ils seront encore moins robustes que nous. »

Ceci était écrit en 1859 et l'auteur incriminait, comme principale cause du mal, l'excès d'application mentale.

A tort ou à raison, *la société* rouennaise est en train de devenir sobre. Voici les indications que peut donner un vieux *servant* (ou maître d'hôtel) sur ce point : « Autrefois, dit-il, pour un dîner de vingt-quatre personnes, hommes et femmes, nous passions une bouteille de madère, une bouteille de graves et huit à dix bouteilles de bordeaux fin, quelquefois plus. Mettez douze bouteilles en moyenne.

La plupart des dames buvaient du bordeaux, elles buvaient aussi des liqueurs.

Aujourd'hui, les choses ont bien changé. La mode du lait est venue, puis celle de l'eau. Les dames qui boivent du vin, chez elles, n'en boivent plus dans les dîners. La mode du vin blanc a achevé la débâcle des vins fins ; beaucoup de messieurs en prennent avec de l'eau.

Actuellement, pour un dîner de vingt-quatre personnes, nous ne dépassons pas la moitié de la bouteille de madère ; nous vidons une bouteille et demie de graves. Quatre à cinq bouteilles de bordeaux suffisent ou suffiraient, si nous ne faisions *l'entame* pour en avoir à l'office. Un maître de maison se rend rarement compte de ce qu'on boit. »

En résumé, au dire de mon *servant*, on comptait autrefois une bouteille par personne (vins fins et vins ordinaire compris). Aujourd'hui le vin ordinaire ne compte presque plus et quatre ou cinq bouteilles de bordeaux suffisent.

Dans les dîners d'hommes, la réduction est sensiblement la même.

Il faut remarquer encore qu'à Rouen on ne boit plus de vin de bourgogne. Un gros marchand de vins me dit que le bourgogne n'est plus acheté que dans le nord, à Lille et en Belgique.

Si vous interrogez les femmes du monde, qui recevaient il y a trente ans et qui reçoivent encore, elles seront unanimes à vous dire que l'on boit moins en général. (*A suivre.*)

(1) *De l'éducation intellectuelle morale et physique*, p. 275.

moins, mais on en obtiendra toujours un résultat avantageux.

2° Si le malade est dans une position de fortune qui lui permette de mettre tout en œuvre pour se soigner, on lui doit la vérité sur son état. Dissimuler la vérité à un tuberculeux curable et riche, est une faute lourde. Cela s'expliquait autrefois à l'époque où « phtisie » et « fatal » étaient deux synonymes : cela n'a plus sa raison d'être aujourd'hui où le nombre des tuberculeux guéris ne se compte plus. On n'obtiendra jamais d'un malade qu'il abandonne tout pour se soigner, si on le trompe sur la gravité de son mal ; on le laissera ainsi devenir incurable et contaminer ceux qui l'entourent. La dissimulation n'est admissible que pour ceux que l'on n'a pas l'espoir de guérir, ou, malheureusement pour les plus nombreux, ceux que leurs ressources modiques condamnent d'avance.

3° Une fois le diagnostic porté, on devra éloigner le malade de la ville et le faire vivre dans un bon climat. S'il répond aux indications que nous avons relevées comme justiciables du climat d'altitude, on pourra, s'il y consent, en essayer. Pour cela il faudra l'envoyer dans un sanatorium au commencement de l'automne : ainsi, il pourra, s'il ne s'acclimate pas, en redescendre avant les rigueurs de l'hiver.

4° Pour ceux qui n'iront pas au sanatorium, quand viendra la saison d'hiver, il sera avantageux de les envoyer, s'ils peuvent faire ce déplacement dans de bonnes conditions, dans une des stations hivernales, en se rappelant les avantages que présente l'atmosphère maritime, mitigée ou non, existante sur la plage (Cannes, Menton), sédative dans les points voisins, mais un peu plus éloignés du littoral (Hyères, Le Canet, Arcachon, Pau).

5° L'été, le malade vivra à la campagne, et une cure d'air à la montagne, en variant l'altitude, suivant les indications particulières sera toute indiquée du 15 juillet à la fin de septembre.

Il me reste, pour terminer, à formuler un desideratum, à propos duquel je ne voudrais pas cependant m'attirer les foudres de mes confrères : je me permettrai de leur demander de prendre plus de soins des phtisiques qui se confient à eux. Je m'explique. Pour la plupart d'entre nous, le phtisique est le malade qu'on redoute. Vivant encore trop sur les idées anciennes, nous nous croyons vis-à-vis de lui trop souvent impuissants et dès le jour où il tombe entre nos mains, nous le soignons sans conviction, persuadés qu'il ne peut qu'aller de mal en pis et qu'après avoir usé de nos soins quelque temps, il passera chez le confrère voisin, qui d'ailleurs ne sera pas plus heureux. Aussi, dans la pratique journalière, la consultation donnée au tuberculeux se résume en une formule pharmaceutique et c'est tout : j'ai rappelé plus haut que nous avons bien plus à faire. Je sais bien que le jour où nous disons toute la vérité au malade, où nous lui faisons briser sa position, son avenir, nous engageons grandement notre responsabilité. Mais l'exercice de la médecine c'est cela, et si après deux ou trois ans de traitement, nous voyons ce malade bien portant ne sommes-nous pas largement récompensés ? Maintenant que l'on sait la phtisie curable, notre responsabilité n'est-elle pas bien plus engagée si nous abandonnons ce malade à lui-même et le laissons glisser sur la pente fatale ? Rappelons-nous surtout que l'hygiène sera toujours notre meilleure arme, mais que, pour en obtenir des résultats, il faut un traitement long, des mois, même des années.

La tuberculose est une affection qui tend spontanément à guérir. « C'est même, dit le professeur Grancher, la plus curable de toutes les maladies chroniques. » C'est en partant de cette idée que nous trouverons la foi nécessaire pour convaincre nos malades et la persévérance indispensable pour les aider à mener à bien la lutte quotidienne et tenace qu'arrive à soutenir leur organisme jusqu'à la guérison complète. Sans conviction, l'on ne fait rien: aujourd'hui il n'est plus permis de soigner sans conviction un phtisique pris à temps.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

L'acide salicylique et les salicylates.

Découvert par Piria en 1839, l'acide salicylique n'a pas tardé à prendre dans la thérapeutique une place importante. C'est comme antiseptique et comme antirhumatismal que l'on emploie surtout l'acide salicylique pur ou sous forme de combinaison avec le sodium (salicylate de sodium), ou avec le bismuth, le magnésium, le naphtol, l'antipyrine, etc.

L'acide salicylique est un acide bivalent et monobasique, dont la formule est $C_7 H^6 O^3$. L'écorce des *saules* (*salices*, sali-cylique) et des peupliers, l'essence de reine des prés, contiennent l'acide salicylique sous forme de *salicine* et d'hydrure de salicyle. L'huile essentielle de *gaultheria procumbens* est du salicylate de méthyle.

On prépare habituellement l'acide salicylique en faisant bouillir de l'huile de gaultheria avec de la potasse caustique aussi longtemps qu'il se dégage de l'esprit de bois. Il se forme du salicylate de potassium, qu'on décompose par un excès d'acide chlorhydrique. L'acide salicylique se sépare. On le purifie par cristallisation dans l'eau bouillante.

MM. Kolbe et Lautemann préparent l'acide salicylique par synthèse, en dirigeant un courant de gaz carbonique à travers du phénol, dans lequel on fait dissoudre en même temps du sodium. Il se forme du salicylate de sodium. On prépare, dans l'industrie, l'acide salicylique en traitant le phénate de sodium par un courant de gaz carbonique sec, à une température de 180°. On chauffe finalement jusqu'à 250°. Le produit de la réaction, débarrassé de l'excès de phénol par distillation, constitue le salicylate disodique. On reprend le tout par l'eau et l'on traite la solution par l'acide chlorhydrique qui met l'acide salicylique en liberté.

Ce procédé permet d'obtenir rapidement et économiquement de grandes quantités d'acide salicylique.

L'acide salicylique cristallise en prismes fusibles à 150°. Il est soluble dans l'eau bouillante 1/20, peu soluble dans l'eau froide 1/1800. L'alcool et l'éther le dissolvent très bien.

Sous l'influence de la chaleur, il se décompose en anhydride carbonique et en phénol. Enfin, il colore les *sels ferriques en violet foncé*.

L'acide salicylique est éliminé par l'urine sous forme d'acide salicylurique.

I

L'Acide salicylique. — Physiologie et Thérapeutique.

L'acide salicylique est un antiseptique supérieur à l'acide phénique, non caustique, peu toxique et offrant cette particularité de n'agir qu'en milieu acide ; en effet, dans un milieu alcalin, l'acide salicylique se transforme en salicylate alcalin ; cette même substance est antithermique, analgésique, et favorise l'élimination des déchets organiques (excrétion de l'urée). L'acide salicylique produit une dilatation des capillaires (par action sur les centres vaso-dilatateurs du bulbe), surtout marqués du côté de la tête ; des bourdonnements (congestion de l'oreille) ; quelquefois, des troubles de la vue ; à doses élevées, des vertiges, du délire, une sorte d'ivressse. D'après Kohler, l'acide salicylique diminue la fréquence du pouls, par paralysie des nerfs accélérateurs et peut-être du muscle cardiaque, il diminue la fréquence des mouvements respiratoires (1).

L'acide salicylique s'emploie *en poudre*, en *solution alcoolique* (1/1000) ou sous forme *d'ouate salicylée* (trempée dans une solution à 1/300) pour le pansement des plaies. En injections à 1/100 contre la leucorrhée, l'acide salicylique est un bon antiseptique, non toxique. M. J. Simon et le professeur Hayem ont longtemps vanté l'acide salicylique en collutoire glycériné et alcoolique 1/100 contre les fausses membranes de l'angine diphthérique. Le collodion salicylé 1/10 ou 1/20 est depuis longtemps recommandé contre les cors aux pieds ; plus concentré, le même collodion salicylé 4/10 est particulièrement efficace contre les verrues et les papillomes de toutes sortes, muqueux et cutanés.

Berlioz conseille l'acide salicylique en lotions et en pommade comme le meilleur traitement de l'eczéma. Depuis quelques années, plusieurs auteurs, entr'autres, M. *Husson*, de Nancy, ont recommandé de substituer à la médication du rhumatisme par voie gastrique, la médication par voie cutanée, par frictions et onctions (2), etc. (3).

« Récemment, MM. Linossier et Lannois (de Lyon) ont étudié l'absorption de l'acide salicylique par la peau (4). Leurs recherches ont démontré indiscutablement que cette absorption est possible et se fait même très facilement. Elles ont établi que l'acide salicylique émet des vapeurs à 25°, vapeurs lourdes et peu diffusibles, mais susceptibles de traverser la peau, peut-être à la faveur d'une action solubilisante de l'acide salicylique sur la couche cornée de l'épiderme (action kératolytique).

« M. Husson a confirmé ces recherches et rejeté l'hypothèse d'une pénétration de vapeurs salicylées par la voie pulmonaire. Ses observations, recueillies dans le service de M. Bernheim (de Nancy), ont montré les bons effets qu'on peut retirer de ces frictions salicylées.

« La pénétration de l'acide salicylique à travers la peau est grandement favorisée lorsqu'il est incorporé à un corps gras, et surtout à un corps gras se rapprochant de la matière grasse contenue dans le sébum.

« Pratiquement, il faut surtout employer, selon M. Husson, une pommade salicylée ayant pour excipient principal la lanoline, additionnée, si l'on veut, d'un peu d'essence de térébenthine. L'onguent sera ainsi peu fluide et remplira les conditions requises pour le maximum d'efficacité des frictions.

« M. Husson emploie la formule suivante :

Acide salicylique finement pulvérisé.	10 gr.
Essence de térébenthine...........	10 gr.
Lanoline..........................	80 gr.

« Quant au mode d'emploi de la pommade, voici quelques précautions à prendre. Nettoyer par un savonnage la partie à recouvrir, pour enlever l'enduit sébacé superficiel. La friction doit durer au moins 5 minutes. Il est contre-indiqué de raser les poils au préalable, puisqu'on se priverait ainsi d'un élément important de traction et de tiraillement de la peau. Puis on enveloppera de coton la partie frictionnée afin d'y maintenir une température assez élevée. Les frictions seront renouvelées tous les jours.

« Un inconvénient, léger à vrai dire, de la méthode, consiste dans la desquamation de l'épiderme en conséquence de l'action dissolvante exercée par l'acide salicylique sur la couche cornée. Mais cette desquamation n'arrive guère qu'après 5 ou 6 jours, alors que l'effet thérapeutique est déjà produit. En tout cas, elle n'est point douloureuse et ne doit pas nécessiter la suspension du traitement.

« L'absorption de l'acide salicylique par la peau présente des différences suivant les divers individus. D'après Bourget et M. Husson, la peau des jeunes absorbe mieux, et celle des blonds mieux que celle des bruns et des sujets à peau basanée. La finesse des téguments est donc une condition favorable à la pénétration. Cela explique aussi pourquoi il y a des différences marquées dans la rapidité de l'absorption, suivant qu'on applique la pommade sur telle ou telle partie du corps d'un même individu.

« Les indications des frictions salicylées dans le rhumatisme aigu résultent, en grande partie, des contre-indications de l'absorption du salicylate par la voie buccale. »

Par la voie buccale, le salicylate de soude provoque fréquemment des désordres gastriques, sensoriels, cérébraux, rénaux même.

« Avec les frictions, au contraire, pas de salicylisme à redouter ; de plus, elles peuvent être continuées sans inconvénient pendant toute la durée de la maladie. Est-ce à dire, cependant, qu'il faille faire des frictions une méthode exclusive dans le rhumatisme ? M. Husson ne le pense pas ; il estime qu'il faut leur donner plutôt le caractère d'une méthode adjuvante, et qu'il ne faut pas faire table rase de l'autre genre de médication.

« En dehors des cas où une lésion gastrique ou rénale impose une contre-indication formelle dès le début, il est d'avis d'employer le salicy-

(1) Dictionnaire de Thérapeutique médicale de P. Jalancourt.

(2) L. Husson. *De l'absorption de l'acide salicylique par la peau, et des frictions salicylées dans les affections rhumatismales.* (Thèse de Nancy, mars 1896 ; n° 12.)

(3) Bouchut et Després : *Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale.* Supplément, 4e édition.

(4) *Lyon Médical*, 23 juin 1895.

late suivant le mode d'administration ordinaire. Car il serait illogique de ne pas vouloir bénéficier de cette médication, qui a fait ses preuves et qui est, en somme, un moyen de saturer l'organisme d'un agent qui combat efficacement l'infection rhumatismale. Aux premiers signes d'intolérance, il sera toujours temps de supprimer le médicament.

« En même temps, dès le début du traitement, on fera des frictions salicyliques sur les articulations malades et cela dans tous les cas. Elles ajouteront ainsi leur action propre à celle du salicylate, et le malade ne pourra qu'y gagner. Si les douleurs étaient par trop intenses, on pourra employer concurremment l'antipyrine ou la phénacétine, ou au besoin l'opium et la morphine.

« En dehors du rhumatisme articulaire aigu, les frictions salicylées rendront encore des services dans toutes les formes douloureuses de rhumatismes (rhumatisme subaigu, rhumatisme chronique, douleurs rhumatoïdes, lumbagos).

« Certes, elles ne feront pas disparaître les lésions chroniques du rhumatisme, les nodosités articulaires, les raideurs ; mais elles diminueront la douleur, ce qui est toujours le résultat le plus ardemment attendu par les malades.

« Les névralgies, surtout celles d'origine rhumatismale, seront également susceptibles de ce traitement : névralgies intercostales, sciatiques, etc., enfin les douleurs de la goutte pourront être atténuées aussi par ces frictions (1).

II

Les salicylates.

Le plus connu et le plus employé des salicylates est *le salicylate de soude.* C'est par ce sel que nous commencerons l'étude des salicylates. Moins irritant, mais deux fois plus faible que l'acide salicylique, le salicylate de soude est le plus remarquable spécifique du rhumatisme articulaire *aigu*, il apaise la douleur rapidement et décongestionne les articulations. Si on en interrompt l'usage trop prématurément, le rhumatisme reprend sa marche envahissante, mais avec une allure subaiguë, de nouvelles doses de salicylate le font disparaître progressivement. Le salicylate est également fort utile contre la goutte aiguë, mais, il ne faut pas compter sur des résultats toujours identiques ; c'est un médicament infidèle.

En fait, le salicylate de soude n'est réellement spécifique que pour le rhumatisme articulaire aigu ; pour les rhumatismes chroniques, pour les arthralgies d'origine myélopathique, pour les arthrites sèches, pour les pseudo-rhumatismes musculaires, pour les rhumatismes blennorrhagiques et scarlatineux, qui, en réalité, ne sont pas du tout des rhumatismes, mais bien des arthrites infectieuses gonococciques et streptococciques, il y a peu de bonnes choses à attendre du salicylate de soude. C'est là une vérité qui est trop souvent négligée, et le nombre des goutteux et des vieux rhumatisants qui prennent du salicylate à jet continu, est trop considérable de nos jours. Il en est du salicylate de soude, spécifique du rhumatisme aigu, comme du sulfate de quinine, spécifique de la fièvre palustre ; toutes les fièvres ne sont pas justiciables de la quinine, comme tous les rhumatismes ne doivent pas être traités par le salicylate de soude.

Quel est le mécanisme de l'action du salicylate de soude ? 1° C'est un analgésique. 2° Il agit comme vaso-dilatateur de tout l'appareil capillaire, il atténue, par l'hyperémie générale, les fluxions articulaires localisées. 3° Comme antipyrétique, il modère les centres calorigènes. 4° Comme diurétique, il favorise l'excrétion de l'acide urique. 5° C'est un antiseptique, ayant une action élective sur certain microbes pathogènes. Peut-être est-ce cette dernière théorie qui mérite le plus de confiance, comme explication du mécanisme de l'action du salicylate de soude dans le rhumatisme aigu.

Les propriétés antiseptiques du salicylate de soude l'ont fait employer dans la *fièvre typhoïde* comme antiseptique intestinal et antithermique, dans *l'érysipèle*, la *phthisie fébrile* ; dans le *diabète* et dans *les névralgies*, il diminuerait l'excitabilité des nerfs. Une excellente application *du salicylate de soude* est la *lithiase biliaire* et *les coliques hépatiques prolongées* ; son action est cholagogue.

Le salicylate de soude peut être continué relativement longtemps. L'intolérance tient à un état pathologique de l'appareil urinaire ; quelquefois, à l'impureté du médicament (acide phénique).

Les inconvénients et les dangers du salicylate de soude sont les suivants :

Le premier danger du salicylate, que nul ne doit ignorer, c'est *la congestion utéro-ovarienne.* Le salicylate fait venir les règles et c'est un médicament prohibé chez les femmes enceintes ; c'est un des plus sûrs médicaments abortifs connus. Il faut donc toujours être certain qu'une rhumatisante n'est pas enceinte, avant de prescrire du salicylate de soude à cette malade.

« Le plus ordinairement, dans les cas où ce médicament est mal toléré, il donne des troubles gastriques : dégoût des aliments, douleur de pression, malaise stomacal, nausées et même vomissements. Robin a vu des ulcérations pharyngées et stomacales chez des sujets soumis au traitement salicylé. Van Ackeren, en introduisant avec une sonde de l'acide salicylique dans l'estomac de lapins, a vu se produire de nombreuses hémorrhagies de la muqueuse de l'estomac et de la partie supérieure de l'intestin. Chez un animal, il y eut des ulcères stomacaux, chez un autre une ulcération de la vessie.

« Comme autres manifestations du salicylisme, il faut noter les bourdonnements d'oreilles, qui peuvent incommoder beaucoup les malades ; des bouffées de chaleur, une sorte d'ébriété salicylique. Quelquefois, sous l'influence de doses fortes, on a vu se produire des épistaxis, du collapsus cardiaque, des troubles cérébraux (céphalée, délire, etc.). La physiologie nous apprend qu'à doxes toxiques, c'est un poison des centres nerveux, qui agirait exclusivement sur la substance grise.

« L'action nocive du salicylate peut également retentir sur le rein. V. Ackeren a constaté, chez l'animal, de l'albuminurie avec des cylindres et de l'hématurie : l'autopsie décelait les lésions de la néphrite aiguë. La tendance du médicament à produire des congestions rénales doit donc le faire rejeter si le filtre rénal est al-

(1) *France Médicale*, 1896.

téré pour une cause ou pour une autre : les néphrites sont une contre-indication formelle à son emploi. Si le pouls est petit et le cœur affaibli, il faut craindre le collapsus cardiaque, qui pourrait survenir.

« Certains auteurs ont attribué les accidents de salicylisme aux impuretés du salicylate de soude. Il est reconnu aussi que le salicylate obtenu par le procédé de Kolbe est beaucoup plus toxique que celui qu'on retire de l'essence de Wintergreen. Quoi qu'il en soit, le fait existe, mais il ne faudrait pas cependant exagérer outre mesure ces inconvénients. Il est certain que dans beaucoup de cas le salicylate est facilement toléré, surtout si l'on a soin de le donner par petites doses (jamais plus d'un gramme à la fois) en solutions suffisamment diluées, si l'on a soin de masquer son goût désagréable par un correctif approprié. Mais, au moindre signe d'intolérance, il faut le suspendre absolument : or, c'est là un inconvénient sérieux, puisqu'il est démontré que la guérison du rhumatisme nécessite un emploi suffisamment prolongé du médicament après la disparition des symptômes aigus (1).

— Les doses auxquelles se prescrit le salicylate de soude sont les suivantes.

Dans le rhumatisme articulaire-aigu, CINQ à SIX grammes par jour, pour les adultes ; DEUX à TROIS grammes, pour les enfants au-dessus de sept ans.

Dans les coliques hépatiques, DEUX à TROIS grammes par jour.

Comme antipyrétique, le salicylate de soude s'emploie à la dose de 3 à 4 grammes en 24 heures.

A dose toxique, le salicylate de soude (12 gr.) produit une paralysie des vaso-moteurs, du collapsus, de l'hébétude, une dyspnée intense, de l'albuminurie, enfin la mort par syncope. Dans les cas graves de rhumatisme articulaire et chez les sujets robustes, on ne doit pas craindre de donner HUIT et même DIX grammes, en 24 heures. Il faut observer, au contraire, une grande réserve dans l'administration du salicylate chez les cardiaques, et commencer par une dose de 3 ou 4 grammes, par jour, à condition encore que les reins fonctionnent convenablement.

— Les autres *salicylates* usités sont les suivants :

Le *salicylate de phénol* ou SALOL est un puissant antiseptique intestinal, dans les affections hépatiques et gastriques, à la dose de 0,50 centigrammes à 4 grammes, en cachets de vingt-cinq centigrammes ; M. *Gouguenheim* recommande l'emploi du salol en potion dans les amygdalites phlegmoneuses et cryptiques, à la dose de 2 ou 3 grammes en 24 heures par fraction de 0.25 centigrammes ; c'est, dit-il, un excellent analgésique contre la douleur de l'angine, en même temps qu'un puissant désinfectant. Le salol est encore très recommandé à l'intérieur, aux doses de 2 ou 3 grammes, contre la blennorrhagie et contre le rhumatisme articulaire (succédané du salicylate de soude).

La chirurgie utilise les propriétés antiseptiques du salol en pansements (gaze au salol, coton au salol, vaseline au salol), en applications intra-utérines, contre les métrites hémorrhagiques, sous forme de mélange fondu avec l'antipyrine (salol et antipyrine, ââ p. e.) (Labadie-Lagrave). Le salol camphré, le collodion au salol sont journellement employés pour les plaies accidentelles ou chirurgicales. Les laryngologistes se servent fréquemment du salol camphré contre les ulcérations laryngées et l'associent même souvent au menthol. Le seul inconvénient du salol est d'être insoluble dans l'eau ; mais il se dissout dans l'alcool, l'éther, la vaseline, et son odeur agréable le fait préférer dans de nombreuses circonstances à l'iodoforme.

— *Le salicylate de bismuth* est aujourd'hui très usité aux doses de 0,50 centigr. à 2 grammes comme antiseptique intestinal et constipant ; on l'associe au benzonaphtol ou au naphtol B, en cachets.

— Il en est de même du *salicylate de chaux* administré aux enfants comme antidiarrhéique aux doses de 0.25 à 0.30 centigrammes.

— *Le salicylate d'antipyrine* ou *salipyrine*, antirhumatismal et antithermique, est insoluble dans l'eau et se donne en cachets aux doses de 2 à 4 grammes.

— Le *salicylate de méthyle*, employé sous forme d'essence de Wintergreen, en applications externes, est conseillé par MM. Lannois, Linossier, et Halipré, contre le rhumatisme articulaire aigu.

Pratiquement, voilà comment on peut régler l'emploi de l'essence de Wintergreen, d'après MM. Lannois et Linossier : On passe sous l'articulation une large feuille de gutta-percha laminée. On verse directement le médicament (Essence de Wintergreen) à l'aide d'un flacon compte-gouttes. On peut aussi badigeonner, mais il faut alors opérer vite, car l'évaporation est très rapide. On relève la feuille de gutta-percha, on entoure de ouate et on fixe avec une bande. Quand la dose est un peu élevée, pour retenir le liquide qui tend à s'écouler, on peut disposer un petit carré de gaze ou une mince couche de coton hydrophile sur l'articulation.

La dose quotidienne employée pour les badigeonnages peut être supérieure à la dose de salicylate de soude que l'on donnerait à l'intérieur.

Les résultats paraissent très bons, il n'y a peut-être qu'un inconvénient à signaler : c'est la forte odeur que porte l'essence de Wintergreen, odeur qui incommode certaines personnes susceptibles.

En quelques heures, les douleurs cèdent à l'application de ce médicament.

— Le *salicylate d'acétyl paramido phénol* ou *salophène* est très vanté par certains auteurs comme antirhumatismal et antiseptique interne à la dose de 2 à 6 grammes en cachets de 0.25.

— Le *salicylate de phénocolle* ou *salocolle* est, comme ses congénères, un analgésique et un antipyrétique : 2 g. en cachets de 0.25.

— Le *salicylate d'alumine et d'ammoniaque* (soluble dans l'eau) est recommandé contre l'ozène en insufflations et en badigeonnages.

— Le *salicylate de lithine* est souvent assez efficace contre la goutte, le rhumatisme subaigu, le rhumatisme fibreux ; on le prescrit à la dose de 2 à 4 grammes, par fractions de 0,25 c. g.

— Le *salicylate de magnésie*, antiseptique in-

(1) La *France médicale*, 1896.

testinal, laxatif, s'associe au benzonaphtol en cachets ou en potion : 1 à 2 grammes par jour.

— Le *salicylate de crésylol* ou *crésalol* est conseillé par Nenki dans les dothiénentéries ou dans les gastro-entéro-colites, à la dose de 2 à 5 grammes, en 24 heures.

— Le *salicylate de naphtol* ou *salinaphtol ou bétol*, est un bon antipyrétique et antiseptique intestinal : 0.25 centigr. à 2 gr.

— Le *salicylate de mercure* est soluble dans l'eau salée ; on le prescrit comme antisyphilitique à la dose de 0,01 centigr. à 0,05 centigr. en pilules, ou à la dose de 0,01 à 0,02 centigrammes en injections intra-musculaires. Les ophthalmologistes en font un collyre à 0,50 c. g. pour 30 grammes d'eau additionnée de carbonate de potasse.

— Le *salicylate de zinc* est employé en injections à la dose de 4 pour 100.

En résumé, les différents salicylates sont des médicaments antirhumatismaux, antiseptiques, analgésiques ; presque tous sont insolubles dans l'eau, sauf le salicylate de soude très soluble, 50 %, le salicylate de mercure, le salicylate de zinc, le salicylate d'alumine et d'ammoniaque.

Dr Paul HUGUENIN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Médecins légistes.

Des retards de diverses natures et notamment la publication des procès-verbaux de nos assemblées générales, nous ont empêchés de parler plus tôt de cette question des médecins légistes, que nous ne pouvons cependant pas passer sous silence.

On sait comment elle a été soulevée à nouveau par l'épouvantable erreur judiciaire, naguère réparée à Rouen.

Une femme Druaux avait été, en 1887, accusée d'avoir empoisonné son mari et son frère, trouvés morts, le même jour à son domicile.

Le Dr C... commis par le parquet déclare:

Que les deux personnes sont mortes d'une affection de même nature, affection certainement provoquée et non pas spontanée ; qu'il y a eu intoxication par un poison, *mais que l'autopsie n'a pu en fournir la nature.*

Le Dr P... commis de même, ajoute :

L'analyse n'a donné aucune trace de poisons minéraux, ni d'acides, ni d'alcaloïdes cristallisables. Certains poisons, tels que la nicotine, la cicatine, les moules ont dû être sucessivement écartés. *Il ne reste que la possibilité de l'empoisonnement par les euphorbes ou la cantharide*:

M. R..., chimiste déclare enfin:

Que le poison n'a pu être retrouvé, que les expériences physiologiques n'ont donné aucun résultat, que les viscères et les déjections des victimes ont été donnés à des rats et autres animaux, qui les ont absorbés sans éprouver des désordres dans leurs organes.

M. R... ajoute malgré cela que, puisqu'il y a eu empoisonnement,

Il est probable qu'il s'agit de la cantharide ou de quelque poison végétal comme les euphorbiacés.

Enfin, sur interpellation du Président, les trois experts soutiennent que les victimes ont dû souffrir cruellement, avant de mourir, contrairement à l'affirmation de l'accusée qui prétend que son mari et son frère sont morts sans qu'elle s'en aperçoive.

Et la femme Druaux fut déclarée coupable et condamnée aux travaux forcés à perpétuité.

Or, le mois dernier, la cour d'Assises de la Somme devant laquelle l'affaire était renvoyée à nouveau, reconnaissait avec M. le professeur Brouardel, que la mort avait été purement accidentelle et causée par les émanations d'un four à chaux contigu à la maison des victimes.

C'était l'oxyde de carbone qui devait être incriminé.

Ces faits, on le comprend, ont soulevé une émotion considérable et les divers organes de la Presse médicale s'en sont emparés pour préconiser des modifications aux rapports de la médecine avec la justice.

Bien qu'un peu tardivement, nous ferons comme nos confrères.

Evidemment les premiers experts n'avaient pas, en toxicologie, les connaissances suffisantes pour remplir leur mission.

Nous ne songeons certes pas à leur en faire un crime ; nous constatons, bien plutôt, que la presque universalité des médecins praticiens se trouve dans le même cas.

Mais alors, dirons-nous, pourquoi ne se sont-ils pas récusés ! Pourquoi n'étant pas à la hauteur du rôle qu'ils étaient appelés à jouer, n'ont-ils pas eu la conscience de déclarer leur insuffisance ? cela n'eût-il pas mieux valu que de faire condamner une innocente ?

Il nous arrive à chaque instant de reconnaître notre insuffisance sur des questions spéciales, lorsque par exemple nous adressons un client à un oculiste, à un auriste, voire à un chirurgien — en sommes-nous diminués pour cela ! Pourquoi donc ne pas agir de même, lorsque l'honneur, la liberté, la vie même d'un accusé se trouvent en jeu ?

C'est que trop de médecins, tout en criant bien fort, contre les dérangements que causent les fonctions de médecin expert, en criant encore plus fort contre l'insuffisance des honoraires qu'elles rapportent, sont au fond enchantés d'avoir été commis par la Justice, surtout s'il s'agit d'une affaire importante ; — ils sont les héros du jour, leur nom est dans toutes les bouches — et que pour rien au monde ils ne voudraient consentir à perdre le bénéfice d'une telle aubaine.

Et alors, malgré leurs connaissances incomplètes, ils acceptent, font des rapports compendieux qu'ils commentent encore à l'audience avec une inconscience vraiment stupéfiante ; ils n'ont rien trouvé, ils n'hésitent pourtant pas à supposer, à expliquer : ce doit être ceci ou cela, les choses ont dû se passer comme ceci ou cela..... et Madame Druaux est condamnée, comme le docteur Lafitte, comme tant d'autres, sans doute, l'ont été dans des conditions identiques.

Nos confrères de Rouen ont été assez malmenés, pour que nous ne songions pas à les accabler ; ils ont fait ce que beaucoup d'autres auraient fait, sans doute, à leur place, ils n'ont pas osé arguer de leur insuffisance et, de la meilleure foi du monde, avec la conviction intime du devoir rempli, ils ont déclaré : *nous n'avons rien trouvé, mais ce doit être de la cantharide ou de l'euphorbe !*

Et le chimiste, qui n'a pas songé à analyser

le sang, confirme : *ce doit être de la cantharide ou de l'euphorbe*.

Qu'un tel exemple nous serve donc, à tous, de leçon et si le juge d'instruction nous demande une réponse, alors que nous avons seulement un doute, ayons donc le courage de répondre que nous ne savons rien et surtout sachons nous en tenir à cette affirmation négative. Nous encourrons peut être les sentiments de pitié ou de dédain des magistrats qui, eux, ne doutent pas de leur infaillibilité, mais du moins nous aurons rempli notre devoir, tout notre devoir.

Et maintenant quel remède faut-il apporter à une telle situation !

M. le doyen Brouardel a proposé la création d'un certificat spécial concernant des études approfondies de médecine légale. Il demandait, dès 1884.

Qu'une instruction spéciale formât des experts véritablement instruits des choses de la médecine légale et que les conditions de la pratique fussent modifiées de façon que cette branche de la médecine ne fût plus pour les médecins une charge coûteuse et compromettante.

On a parlé de l'expertise contradictoire. Ce serait certes une garantie, mais encore bien insuffisante, et qui pourrait présenter de sérieux inconvénients, si elle était adoptée seule.

Les discussions entre experts devant le tribunal, ne pourraient que passionner les débats et diminuer le prestige déjà si entamé du corps médical. Les dissentiments ne pourront en effet s'aplanir dans le laboratoire ou la salle d'autopsie ; ils se produiront aux débats qui, eux, doivent toujours être oraux et publics.

M. le Dr Ladreit de la Charrière, pour faire disparaître ces inconvénients : propose la création d'une commission scientifique supérieure, qui seule aurait autorité pour juger les choses scientifiques. Cette création avait déjà été réclamée par la *société de médecine légale* et M. Brouardel, rapporteur, appuyait cette création des considérants suivants :

Sachant que leurs affirmations pourront être déférées à des hommes dont la valeur scientifique est indiscutable, les experts apporteraient dans la rédaction de leurs rapports et dans leurs déductions une réserve et une précision qui serviraient les intérêts de la vérité, ceux de la justice.

Eclairées par les avis émanant de cette commission, les cours d'appel feraient rapidemment disparaître, de la liste annuelle des experts, ceux que leurs maîtres auraient jugés imprudents ou insuffisamment instruits.

Nous approuvons sans réserve la création de cette commission supérieure, estimant avec M. le Dr Lereboullet, qu'elle doit être unique pour la France : nous demandons seulement que, dans sa composition, la faveur n'ait aucune part et que le savoir seul entre en ligne de compte.

Nous nous résumons.

1° La réforme de tout ce qui concerne la médecine légale s'impose à bref délai.

2° Seuls, à l'avenir, pourront être chargés des fonctions de médecin expert, les médecins pourvus d'un diplôme spécial, témoignant de leurs connaissances en la matière.

3° Les expertises médico-légales seront contradictoires.

4° Une commission supérieure devra examiner les dissentiments qui pourraient s'élever entre experts : elle pourra, s'il est besoin, déléguer un de ses membres, pour, devant le tribunal, combattre les assertions qui lui paraîtraient erronées ou gratuites.

5° Les médecins légistes recevront des honoraires qui leur permettent de se livrer à leurs études spéciales.

6° Enfin les médecins praticiens seront débarrassés de l'obligation de déférer aux réquisitions des magistrats et officiers de police judiciaire.

Dr A. Gassot.

Les médecins étrangers en France.

En réponse à l'article du Dr Johnston (sujet anglais) sur les médecins étrangers en France, article paru dans le numéro du 24 octobre du *Concours Médical*, nous tenons à faire connaître quelques réflexions d'un médecin français exerçant dans les Alpes-Maritimes.

« Il n'y a, d'après la statistique du Dr Johnston, que 52 médecins anglais ou américains qui exercent en France ; cette statistique nous paraît inexacte ; mais en admettant qu'elle soit vraie, elle ne comprend que les *médecins officiellement connus*.

On peut affirmer, sans crainte d'être contredit, qu'il y a en hiver, dans le *seul département des Alpes-Maritimes*, 150 à 200 médecins anglais ou américains qui, sous prétexte de soigner leurs malades nationaux qu'ils accompagnent, font aux médecins français une concurrence d'autant plus efficace, qu'elle est cachée, car elle a le plus souvent pour théâtre les grands hôtels et certains autres établissements.

Nous appelons l'attention des pouvoirs publics sur ces faits et nous serions heureux d'y voir porter remède.

Le Dr Johnston prétend que le docteur anglais ne soigne que le client anglais et ne recherche pas le client français.

Profonde erreur. Ces messieurs, les médecins anglais, sont très heureux d'avoir des clients français et ils les recherchent par tous les moyens possibles. Malheureusement les efforts des docteurs anglais sont presque toujours inutiles et l'on peut dire :

« Ce n'est pas le docteur anglais qui ne recherche pas le client français, mais c'est le client français qui ne veut pas du docteur anglais. »

Notre confrère affirme que si le docteur anglais n'existait pas sur la côte française, les Anglais n'y viendraient pas et s'en iraient dans d'autres pays : c'est là, ce nous semble, une grande exagération.

En effet, il n'y a pas toujours eu des médecins anglais, sur nos côtes ; il y a 30 ans, 20 ans, 10 ans même, le nombre en était très restreint et pourtant les hivernants anglais étaient plus nombreux qu'aujourd'hui, qu'il y a une véritable pléthore de médecins anglais.

A l'époque où la ville de Montpellier jouissait d'une bonne réputation climatérique, beaucoup d'Anglais allaient s'y faire soigner par les médecins français.

En général, on peut dire que l'Anglais tend de plus en plus, à préférer le médecin français aux autres médecins, même à ses compatriotes.

Dans les Alpes-Maritimes, certains médecins français ont une très belle clientèle anglaise et si cela ne se généralise pas, c'est que peu de médecins français parlent la langue anglaise.

Quoi qu'il en soit, le médecin français ne recherche pas le client anglais. Quand on vient nous dire, comme le fait le Dr Johnston, que la concurrence à bas prix est faite, en France, par le médecin français, en ce qui touche le client anglais, nous sommes obligés de nous révolter contre une pareille affirmation.

Non, encore une fois, nous ne désirons pas avoir des clients anglais ; nous les laissons volontiers à nos confrères d'outre-mer ; si les médecins anglais faisaient comme nous, à l'égard des clients français, il n'y aurait rien à dire.

Pour ce qui est de la question pécuniaire, notre confrère anglais se fait un titre de gloire de maintenir ses honoraires à un chiffre plus élevé que les médecins français.

Grand bien lui fasse !

Quant à nous, médecins français, nous avons la conscience tranquille à ce sujet ; nous nous faisons payer comme nous l'entendons et surtout *comme nous le devons* ; n'oublions jamais ce passage du document d'Hippocrate : « je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et *n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.* »

Abordons maintenant la question des titres et de la valeur comparative des médecins anglais et français ; puisqu'on nous attaque, défendons-nous.

Il paraît, toujours d'après le Dr Johnston, que le jeune homme anglais entrant dans la profession médicale est déjà *plus pratique* que le jeune homme français.

Cette assertion n'a encore pas besoin de réfutation, tellement elle est erronée. Tout le monde sait comment se recrutent les médecins en Angleterre ; le niveau des études est bien inférieur à celui des études médicales françaises. La chose est tellement vraie que bien des médecins anglais viennent se perfectionner en France.

Malgré tout, notre confrère anglais se permet de dire qu'il y a beaucoup de médecins français ignorants.

A cela nous pouvons répondre que le nombre des médecins anglais ignorants constitue la grande majorité ; et comment pourrait-il en être autrement, avec les études médicales sommaires que l'on fait en Angleterre. N'insistons pas trop sur ce point, car nous pourrions donner des preuves qui ne seraient pas du tout à l'honneur du corps médical anglais. Du reste le Dr Johnston est en pleine contradiction avec lui-même quand il dit, d'une part : « les examens médicaux en France sont plus faciles qu'en Angleterre ; et d'autre part : « j'ai dû subir pour exercer en France *toutes les questions difficiles d'une série d'examinateurs.* »

Justement, à cause de cette infériorité flagrante des médecins anglais et autres, le ministre de l'instruction publique, en France, a enfin ouvert les yeux et pris des mesures qui sont frappées au bon coin de la raison et de la justice. Ce sont ces mesures que le Dr Johnston qualifie *d'absurdes*.

Si un étranger, en Angleterre, se permettait de critiquer ouvertement les institutions du pays, il serait impitoyablement expulsé du territoire anglais.

En France, on est bon, généreux, on permet tout ; on vient nous demander l'hospitalité, nous l'offrons à bras ouverts, et certains n'ont même pas, pour nous, comme on dit vulgairement, la reconnaissance du ventre.

M. le ministre Rambaud a sagement agi en obligeant les étrangers qui veulent exercer la médecine en France, à être bacheliers français.

Si les médecins étrangers ne sont pas contents, ils n'ont qu'à rester chez eux.

Il est profondément regrettable cependant que le réglement édicté par le ministre n'ait pas d'effet rétroactif, car il aurait débarrassé la France d'un grand nombre de médicastres exotiques, qui constituent pour elle une véritable plaie sociale.

Nous aurions encore beaucoup de choses à répondre à la lettre du Dr Johnston, chaque phrase est à reprendre ; mais nous préférons nous en tenir là.

Nous pensons avoir fait œuvre utile en défendant les intérêts du corps médical français. »

Dr Piétri.

REPORTAGE MÉDICAL

Lié par le secret de l'instruction judiciaire, M. le Dr *Vibert* n'avait pu démentir le récit absurde de quelques journaux, qui l'accusaient d'avoir pris une tête empaillée pour le résultat d'un crime. Il a fallu que *Société de médecine légale* prît la peine de s'occuper de ce bruit ridicule, pour en faire justice. Aucun homme de sens n'avait pu ajouter foi à cette insanité. Les médecins légistes seront obligés de se cuirasser d'un triple airain.

Le Comité d'initiative du Congrès des médecins inspecteurs du service de la Protection des Enfants du 1er âge, qui espérait avoir le temps d'organiser ses sections et de préparer ses rapports assez à temps pour que le Congrès puisse coïncider avec les cérémonies du Jubilé de M. Théophile Roussel, a dû renoncer à ses projets.

Le Congrès ne pourra probablement pas être convoqué avant le printemps prochain.

Nous signalons la publication d'un nouveau journal : La *Gazette médicale du Centre*. Directeur : Dr Lapeyre, à Tours. Abonnement: 7 fr. par an.

— *Laboratoire municipal de Paris.* — *Lait tuberculeux.* — On lit dans le *bulletin municipal officiel* de la Ville de Paris du 23 novembre 1896 :

« Que le *Laboratoire municipal* a procédé (au « point de vue bactériologique) à l'examen des laits « vendus à Paris.

« Cet examen démontre que sur dix analyses de « lait il en a été trouvé : **6** ne contenant rien d'a-« normal; **4** contenant des germes pathogènes (*ba-« cilles de la tuberculose* »

En présence des faits qui précèdent et de la mortalité croissante par la tuberculose, en considération de ce qu'il est impossible de déceler le bacille de la tuberculose autrement que par un examen bactériologique des plus sérieux, l'usage des laits

stérilisés s'impose rigoureusement surtout pour les enfants et les malades, plus en état de réceptivité que les autres.

— *Les étudiants étrangers.* — Le conseil de l'Université de Paris, récemment réuni, a examiné de nouveau la question des étudiants étrangers, qui viennent étudier la médecine en France. Deux cas peuvent se présenter : ou bien ils justifient des grades exigés des étudiants français, ou bien ils ont besoin d'une dispense ou d'une équivalence de grade. Dans le premier cas, ils peuvent s'inscrire, comme les étudiants français, dans la Faculté de leur choix, soit à Paris, soit dans les départements, et prétendre au diplôme d'État qui confère le droit d'exercer la médecine en France. Dans le second, ils doivent faire leurs études dans une Faculté des départements ; le diplôme qu'ils obtiennent, identique au précédent, ayant la même valeur scientifique, ne confère pas le droit d'exercer la médecine en France.

— *Nominations.*— M. Lucas Championnière, par 35 voix sur 36 votants, a été présenté en première ligne par le Comité d'hygiène publique pour la succession de M. Rochard, décédé.

Le concours d'agrégation de chirurgie du Val-de-Grâce s'est terminé par la nomination de MM. Sieur et Loison.

M. le Dr Napias est nommé membre de la commission supérieure du travail dans l'industrie.

— *La dépopulation. — L'alliance des savants et philanthropes* a ouvert le 13 décembre son 2e congrès pour la protection et l'accroissement de la population. Les réunions ont lieu à la mairie de l'Opéra. Le programme comporte :

1re séance, 13 décembre, présidence de M. Levasseur, de l'Institut : *Nuptialité.*

2e séance, 14 décembre, présidence de M. le Dr Dumontpalier, de l'Académie de médecine : *Natalité.*

3e séance, 15 décembre, présidence de M. de Foville de l'Institut : *Protection de la maternité.*

4e séance, 16 décembre, présidence M. le Dr Th. Roussel, de l'Institut, sénateur : Protection de l'enfant en bas âge.

5e séance, 17 décembre, présidence de M. Bérenger, de l'Institut, sénateur : Protection des enfants de tous âges.

6e et 7e séances, 18 décembre et 19 décembre, présidences de M. Turquan et Fréd. Passy : Protection des adultes.

8e séance, 20 décembre, présidence de M. Ch. Richet : Moyen de faire adopter les vœux du Congrès.

Un banquet aura lieu en clôture, le lundi 21 décembre, au Grand-Véfour, à sept heures du soir.

— *Pour combattre la lèpre.*— Il se réunira à Berlin, au mois d'octobre 1897, un nombre très restreint de léprologistes connus et délégués des gouvernements intéressés pour discuter les progrès lents mais incessants de la lèpre et les mesures à opposer contre ce fléau. La conférence était déjà fixée pour les Pâques prochaines, mais l'expédition scientifique du professeur Koch pour l'Afrique méridionale a nécessité le renvoi de ladite conférence au mois d'octobre.

Le comité d'organisation se compose de MM. Armauer Hansen (Bergen, en Norwège), Robert Koch (Berlin), O. Lassar (Berlin) et Ehlers (Copenhague).

— *La commission du lait à Paris.*— Le ministre des finances a demandé à une commission extra-parlementaire son avis sur la question de l'alcool au point de vue de l'hygiène et du budget.

Le conseil municipal, à son tour, vient de charger un groupe nombreux de médecins autorisés de le renseigner sur l'alimentation à Paris par le lait stérilisé.

— *Mort de Mme Furtado-Heine.* Une femme de bien dont le nom, en ces dernières années, était attaché à toutes les œuvres généreuses et patriotiques, et qui fit de son immense fortune le plus noble emploi, Mme Furtado-Heine, est morte jeudi dernier dans sa propriété de Rocquencourt (Seine-et-Oise).

Elle était officier de la Légion d'honneur.

— *Inauguration des Universités.* — L'inauguration des Universités de Lyon, Nancy, Clermont-Ferrand a donné lieu à d'imposantes cérémonies dans chacune de ces villes. Toutes les autorités locales ont tenu à assister à ces séances solennelles. Des punchs et des banquets où fraternisaient maîtres et élèves ont clôturé les fêtes.

La réinstitution de l'Université de Montpellier a seule donné prétexte à une petite manifestation hostile des étudiants à l'égard de la municipalité.

— *L'assistance médicale dans les Ardennes.* — Après longue discussion, le Conseil général des Ardennes vient d'abandonner ses idées de résistance aux propositions du Corps médical au sujet de la loi d'assistance. Nos confrères, par une attitude très ferme, ont obtenu pleine satisfaction. Nous les en félicitons au nom de l'intérêt public et aussi de la solidarité professionnelle dont ils ont fait preuve.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 4.136. — M. le docteur Boutélant, de Médéa (Alger), présenté par M. le Directeur.

N° 4.137. — M. le docteur Falcoz, de Montmélian (Savoie), membre de l'Association des médecins de la Savoie.

N° 4.138. — M. le docteur Rabec, de Chizé (Deux-Sèvres), membre du Syndicat et de l'Association des médecins des Deux-Sèvres et de l'Association des médecins de Seine-et-Oise.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Monteil, d'Alais (Gard), membre du « Concours Médical ».

Nous avons aussi le regret d'avoir perdu un des plus distingués correspondants de l'*Association amicale*, M. le Dr *Pineau*, de *Château-d'Oléron*, qui fut l'organisateur et l'âme du Sanatorium de *Saint-Trojan*, récemment inauguré par le Président de la République.

***Le Directeur-Gérant*: A. CEZILLY.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-Andr
Maison spéciale pour journaux et revues

Dix-huitième année N° 52 26 Décembre 1896

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Rêves d'avenir pour la médecine.

En vrais amis du progrès, nous caressions ici, sans oser l'avouer trop tôt, de peur de passer pour des utopistes, un beau rêve touchant l'avenir de la médecine.

Trois choses nous avaient conduit à cet état d'âme, où l'espérance fait voir tout en rose : les immenses progrès de l'art de guérir, le développement général de l'instruction, le nombre toujours croissant du chiffre des médecins par rapport à celui de la population française.

Sous cette triple influence, nous disions-nous, on verra peut être chaque médecin se cantonner dans une clientèle plus restreinte, faire beaucoup moins de visites, mais resserrer davantage le corps à corps de la science et de la maladie, par des examens beaucoup plus minutieux de ses clients, par une thérapeutique surveillée à tous les instants, par de longs séjours près du lit qui est le champ de bataille. Moins de métier, plus de stratégie. Une visite par heure, et non plus quatre, mais de l'observation clinique, de l'expérimentation très étudiée, de la science en un mot, mise en action constante, au détriment des kilomètres.

Une révolution analogue se fera dans les tarifs d'honoraires. On payera à leur valeur les efforts, le savoir et le succès du médecin ; une heure de son temps vaudra dix francs, le coefficient du déplacement devenant un élément secondaire. Le public nous aura enfin compris. Il n'hésitera plus à nous rémunérer assez pour nous permettre de vivre et de faire vivre les nôtres, en le faisant vivre lui-même par notre travail journalier.

Mais il nous faut, en attendant cet âge d'or, retomber du septième ciel, au moins pour ce qui reste du siècle présent.

Tout conspire, en effet, pour ravaler, à cette heure, les hommes de science, que nous voudrions être, au rôle de manœuvres ou de cochers.

Un conseiller municipal de la ville Lumière ne vient-il pas, par exemple, de proposer gravement d'assurer le service de nuit de la capitale (12410 visites de nuit et 800 opérations obstétricales) en choisissant, — peut-être au concours, — 135 médecins qui toucheront chacun 720 francs par an, et passeront juste une nuit sur quatre hors du lit, dont ils ont pourtant aussi besoin que d'autres. Chaque visite rapporterait ainsi la somme de 6 francs.

Eh bien ! nous le demandons, quel est le travailleur de nuit qui ne réclamerait pas au moins ce salaire, en y ajoutant la condition qu'il aura ses journées pour se reposer ?

Voyez-vous nos 135 malheureux confrères acceptant semblable charge qui ne leur permet pas de payer la moitié de leur loyer ?

Si cette ridicule innovation réussissait à tenir debout vaille que vaille, ne faudrait-il pas craindre qu'une autre cervelle en ébullition vînt proposer d'assurer le service de jour par une combinaison analogue ayant à sa tête M. Lépine, et nous imposant un képi numéroté ?

Soyers sûrs, chers amis, que tout est possible dans cette voie, si nous ne refusons pas tous avec autant d'ensemble que d'indignation, d'être les complices de ces rêveurs qui se font, disons le mot, de la popularité avec notre argent.

Allons, jeunes confrères parisiens, il faut choisir entre notre rêve à nous, et celui de votre Conseil municipal.

Ah ! ils ne se ressemblent guère ! Et vous n'avez pas à hésiter longtemps.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Un procédé permettant de donner aux fils de lin les propriétés du fil de soie ou du crin de Florence.

Les fils de lin ne conviennent que peu ou point aux usages chirurgicaux, par suite de la difficulté qu'on éprouve à les introduire dans le chas des aiguilles, ainsi qu'en raison de leur tendance à se tordre, à s'enchevêtrer, à se nouer lorsqu'ils se trouvent en contact avec des liquides aqueux. Or, M. le Dr Goubaroff, professeur d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Dorpat-Youriew, a imaginé un moyen qui permet de communiquer à ces fils soit les propriétés des fils de soie, soit celles du crin de Florence. (*La Quinzaine médicale.*)

Dans ce but, on dégraisse le fil de lin en le faisant bouillir dans une solution de soude, puis on le lave à grande eau, on le sèche et on le plonge dans un liquide ainsi composé :

Colloïdine.................. 5 grammes.
Alcool...................... } ââ 50 —
Ether sulfurique........ }
F. s. a. Usage externe.

On peut ajouter à cette solution 1 0/00 de sublimé, mais ce n'est pas indispensable.

Après l'avoir extrait de ce collodion, on sèche le fil en ayant soin de le tenir tendu et on le conserve à sec. On le stérilise par l'ébullition, comme les fils de soie, mais en évitant l'emploi des liquides alcalins. Le fil de lin ainsi préparé possède toutes les propriétés physiques du fil de soie.

Pour transformer un fil de lin en crin de Florence artificiel, on le plonge à plusieurs reprises dans ce même collodion, en ayant soin de bien le laisser sécher dans l'intervalle des immersions. Enfin, on polit le fil en le frottant avec du coton imbibé d'alcool additionné d'une quantité minime d'éther. Le crin de Florence artificiel résiste suffisamment à la macération pour pouvoir être substitué au véritable crin de Florence dans les sutures destinées à être enlevées ultérieurement.

En remplaçant les fils de soie et les crins de Florence par des fils de lin préparés comme il vient d'être dit, on réduit au minimum le prix de revient des sutures, considération qui a son importance en chirurgie de guerre.

A quelles conditions les syphilitiques peuvent-ils se marier ?

D'après un article du *Therapeutische Monatshefte*, résumé par la *Revue de Thérapeutique et de pharmacologie*, le professeur Lesser, de Berne, donne d'utiles indications sur la question toujours embarrassante du mariage des syphilitiques.

Pour beaucoup de médecins et de gens du monde, la réponse à cette question apparaît comme très simple. Il est aujourd'hui reconnu que la syphilis est à peu près indéracinable ; conclusion : quand on a contracté la syphilis, on ne doit plus se marier. Les faits sont là, qui montrent que ce raisonnement est erroné. Nombreux sont les ménages, dans lesquels un des conjoints avait contracté la syphilis à une époque plus ou moins antérieure au mariage, sans qu'il en soit résulté des suites fâcheuses pour l'autre conjoint ou pour la descendance.

Mais il ne faudrait point tomber, d'un pessimisme extrême, dans un optimisme exagéré, car plus nombreux encore sont les faits où la syphilis de l'un des conjoints a causé les plus grands malheurs : contamination de l'autre conjoint, avortements, accouchements avant terme, santé des enfants compromise à tout jamais, sans compter les dangers de récidive pour le premier contaminé.

Ce dernier danger est, somme toute, très sérieux. Quand une personne a contracté la syphilis, il nous est impossible, à nous médecins, de prédire si elle n'aura pas des accidents tertiaires dix, vingt et même trente ans après la contamination, sous la forme de lésions gommeuses. Indépendamment de cela, la syphilis est aujourd'hui connue pour exercer une influence prédisposante sur le développement de certaines affections graves du système nerveux, tabes dorsal, paralysie générale, etc. Voire que certains auteurs, et leur nombre est allé en augmentant, dans le courant de ces dernières années, considèrent ces maladies comme des conséquences directes de la syphilis (affections parasyphilitiques de Fournier). Il semble donc qu'une épée de Damoclès soit suspendue au-dessus de la tête de tout syphilitique, qui devrait lui interdire de convoler en justes noces.

Or l'expérience nous apprend que ces suites graves en même temps qu'éloignées de la syphilis ne s'observent que chez une proportion relativement faible de syphilitiques. Un grand nombre de ceux-ci, une fois passée la période secondaire, atteignent un âge très avancé, sans avoir à souffrir des suites directes ou indirectes de leur infection antécédente. En somme, on peut permettre à un syphilitique de se marier, quand, au bout de cinq à six ans de contamination, la syphilis ne manifeste pas une tendance aux récidives secondaires, à condition que depuis dix-huit mois, deux ans, il n'y ait plus eu de manifestation éruptive de la syphilis. Parmi ces manifestations, M. Lesser ne compte pas celles qu'on a coutume de qualifier de tertiaires, car celles-là sont, en quelque sorte, un témoignage de ce que la syphilis a cessé d'être transmissible par voie de contagion directe. Pour des raisons d'ordre esthétique, M. Lesser ne voudrait pas laisser un sujet porteur d'ulcérations syphilitiques tertiaires se marier ; il exigerait au préalable la guérison de manifestations que cependant il considère comme non contagieuses.

M. Lesser se résume ainsi : Trois années constituent le délai minimum exigible, pour qu'une personne qui a contracté la syphilis puisse être autorisée à se marier ; autant que possible le médecin devra exiger que ce délai soit porté à cinq ou six ans, afin que soit écarté tout danger sérieux d'une transmission de la syphilis à la mère et aux enfants. Le médecin ne saurait trop peser la responsabilité qui lui incombe, quand il est appelé à se prononcer sur cette question.

Traitement de l'urticaire.

M. le Dr *Gaucher* étudie, dans le *Bulletin médical*, le traitement de l'urticaire. Ce traitement, dit-il, doit d'abord se proposer de modifier le

terrain. Comme il s'agit d'arthritiques, on prescrira les alcalins, le bicarbonate de soude, le salicylate de soude à petites doses. Si l'urticaire est d'origine toxique, les purgatifs et les laxatifs sont indiqués; en même temps, on réalisera l'antisepsie intestinale par le salol, le benzonaphtol, etc.

On a essayé de modifier l'urticaire chronique par les médicaments agissant sur le système vaso-moteur : sulfate de quinine, belladone, digitale, ergotine, hamamelis virginica. Le sulfate de quinine n'est utile que dans l'urticaire intermittente ; en dehors de cette forme il est inefficace, de même que les autres substances que nous venons d'énumérer.

Pour calmer le prurit, on a prescrit la valériane, le valérianate d'ammoniaque, la teinture de musc, l'opium, préférable au chloral et au bromure, qui peuvent, provoquer de l'urticaire. Comme traitement externe, les bains ont été très vantés par les uns, tandis que les autres les proscrivent. Cela tient à ce qu'ils soulagent certains malades, tandis que chez d'autres ils provoquent des poussées. Il faudra toujours les ordonner tièdes.

Les lotions avec les préparations de chloral, de phénol, avec les solutions de sublimé, l'eau alcoolisée, peuvent rendre des services. On pourra prescrire, par exemple, une solution de chloral à 2 ‰ additionnée de 10 % de glycérine.

La solution de sublimé sera formulée de la manière suivante : sublimé 0,10 centigr., chlorhydrate d'ammoniaque 0,10 centigr., eau de laurier cerise 10 gr., eau 190 gr. La simple eau vinaigrée (1/3 de vinaigre pour 2/3 d'eau tiède) donne des résultats à peu près aussi bons.

M. Gaucher recommande encore les pulvérisations de menthol :

Menthol................	10 grammes.
Chloroforme...........	} ââ 30 grammes.
Ether..................	
Alcool camphré.........	

Après les pulvérisations ou les lotions, on saupoudrera les parties atteintes avec de l'oxyde de zinc, de la poudre d'amidon, etc.

Les pommades au menthol ou au phénol peuvent encore être utiles ; celles à la cocaïne n'ont pas d'action.

Enfin, récemment on a recommandé, pour calmer le prurit, de mettre quelques grains de sel marin dans le creux de la main, de les humecter de salive et de frotter avec le mélange les plaques d'urticaire. Il faut remarquer, à ce propos, que la salive seule peut suffire quelquefois à calmer les démangeaisons.

Traitement de la migraine.

Que n'a-t-on pas déjà tenté pour soulager les malheureux migraineux ! Trop souvent hélas ! on a échoué. M. *Critzmann* propose un nouveau mode de traitement de cette cruelle affection, dans la *Presse médicale*. Deux théories — vaso-constriction et vaso-dilatation — à l'aide desquelles on a prétendu expliquer l'accès de migraine, font, somme toute, de celui-ci, la résultante d'une rupture dans l'équilibre de la circulation cranio-cérébrale. Voici comment M. Critzmann conseille de remédier à cette rupture :

1° Diminuer l'hyperesthésie de la région endolorie par une aspersion à l'eau de Seltz.

2° Exercer, immédiatement après, une compression énergique des deux temporales. *Cette compression sera bilatérale.*

Pour comprimer ces vaisseaux, on commence par marquer avec un trait d'encre leur emplacement exact. On découpe des rondelles de liège dans un bouchon ordinaire, et on les applique sur les artères ; puis on fait passer autour de la tête plusieurs tours de bande de gaze mouillée.

3° Toutes les deux heures, faire prendre au malade un des cachets :

Antipyrine................	50 centigr.
Sulfate de spartéine........	2 —
Citrate de caféine..........	10 —

On donne de cette manière quatre de ces cachets, même après que la douleur a complètement disparu.

4° S'il y a intolérance gastrique, comme cela arrive souvent, le mélange précédent peut être administré sous forme de lavement.

Ce traitement fait avorter l'accès, et le plus souvent, il permet au malade de vaquer à ses occupations ; on supprime du même coup la douleur, l'état nauséeux, et, par conséquent, l'immobilité et l'obscurité auxquelles le migraineux se condamne de lui-même.

Les liniments calmants.

Les meilleurs liniments calmants contiennent généralement du chloroforme et de l'opium associés à une huile quelconque ; ainsi les deux formules suivantes sont excellentes à plus d'un point de vue :

Laudanum de Sydenham....	2 grammes
Chloroforme..............	8 —
Huile de camomille..........	20 —

Ou bien :

Laudanum de Rousseau....	2 grammes
Chloroforme..............	4 —
Huile de jusquiame.........	30 —

Le *Journal des Praticiens* fait remarquer que ces formules ont un inconvénient, c'est que l'huile s'enlève difficilement, la peau reste grasse et onctueuse, ce qui est désagréable à bon nombre de malades ; aussi, nous préférons et nous préconisons la formule suivante, due à M. Gingeot, formule qui a l'avantage de ne pas contenir d'huile et qui, d'après nos remarques personnelles, produit une révulsion assez intense et réussit bien des fois là où d'autres liniments se sont montrés inefficaces. Voici cette formule, facile à retenir, et qui pourra, en bien des circonstances, rendre des services aux praticiens :

Baume de Fioraventi........	} ââ 15 gr.
Alcool camphré............	
Laudanum de Rousseau.....	} ââ 10 gr.
Teinture de belladone........	
Essence de térébenthine.....	} ââ 5 —
Chloroforme...............	
Ether acétique...............	

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les médecins étrangers

Bellême, le 8 décembre 1896.

Monsieur le Directeur,

Si j'avais pu prévoir que la question des médecins étrangers viendrait à l'ordre du jour à la fin de la séance, je serais resté jusqu'au bout pour l'exposer telle que je la comprends ; car l'observation du confrère qui se trouve suffisamment protégé par la circulaire de M. Rambaud tombe à côté de la question.

Pour moi je ne fais pas de distinction entre les médecins étrangers, qu'ils soient ou non en règle vis-à-vis de la Faculté. Je prétends que nous devons nous défendre surtout contre cette concurrence-là. C'est du protectionnisme que je demande et non du libre-échange qui ne nous a jamais réussi.

Nos Facultés de médecine, plus nombreuses qu'autrefois sont encombrées d'étudiants qui une fois reçus docteurs ne sauront pas où se caser et nous continuerons à recevoir avec faveur des Anglais, des Allemands, des Belges, des Russes etc..., et nous traiterons d'égal à égal avec eux, pourvu qu'ils soient revêtus du fameux parchemin et qu'ils soient corrects. Pourvu qu'ils remplissent ces deux conditions, nous leur donnerons le pas sur des confrères français grincheux et incorrects, que nous exclurons de nos syndicats.

En fait, la confraternité créée par le diplôme primerait la nationalité, fruit d'un long atavisme.

Je suis plus particulariste que cela, je vous l'avoue et, au risque de passer pour un chauvin, je n'admettrai jamais qu'on reçoive en France des étrangers sur le même pied que des nationaux.

Les ouvriers, à qui l'on jette tous les jours à la face l'accusation d'internationalisme, le sont moins que nous.

Recevez, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes sentiments dévoués.

Dr Chamousset.

REPORTAGE MÉDICAL

Jubilé du Docteur Roussel. — Le dimanche 20, à 1 heure, sous la présidence de M. Barthou, ministre de l'Intérieur, a eu lieu la célébration du jubilé professionnel de notre confrère.

La grande salle de la Sorbonne contenait des milliers d'admirateurs de l'auteur de la loi de *protection des enfants en bas âge, des enfants moralement abandonnés* et de tant d'autres œuvres de bienfaisance sociale.

Médaille d'or, buste, éloges bien mérités, lui ont été prodigués ; mais il a dû surtout être sensible à cet accord admiratif qui faisait battre tous les cœurs et se résumait dans le vœu unanime de voir le vert octogénaire poursuivre longtemps encore la glorieuse carrière qu'il a fournie.

La mort du Prof. Strauss. — S'il faut en croire l'affirmation d'une personne qui nous paraît bien informée et digne de foi, le regretté Pr Strauss serait mort victime d'un accès d'angine de poitrine produit par une intoxication expérimentale pratiquée involontairement sur lui-même avec 3 grammes de glande thyroïde fraîche. Cette expérience, dont les conséquences auront été si déplorables, était faite en vue d'un rapport à présenter à l'une de nos Sociétés savantes. Et le nom du Pr Strauss devrait prendre sa place dans le glorieux martyrologe de la science médicale !

Concours pour les médecins sanitaires maritimes. — Aux termes d'un arrêté de M. le Ministre de l'Intérieur en date du 8 décembre, des jurys d'examen pour l'inscription au tableau des « médecins sanitaires maritimes » à bord des navires, sont constitués à Paris, Marseille, Bordeaux, Saint-Nazaire et Le Havre.

Ces jurys sont composés :

A Paris, de l'inspecteur général des services sanitaires et de deux membres ou auditeurs du Comité consultatif d'hygiène publique de France, désignés par le président de ce comité.

A Marseille, Bordeaux, Saint-Nazaire et le Havre, du directeur de la santé de la circonscription, du médecin des épidémies et du professeur d'hygiène ou à défaut du professeur d'hygiène d'un autre membre du Conseil sanitaire maritime, docteur en médecine, choisi par ce Conseil.

Ces jurys se réunissent, aussi souvent qu'il est nécessaire, sur la convocation de l'inspecteur général à Paris et du directeur de la santé dans les ports.

Les dossiers des candidats sont transmis au ministre, aussitôt après la clôture de l'examen accompagnés du procès-verbal de cet examen, des compositions écrites et des propositions du jury. L'inscription au tableau est prononcée par le ministre sur l'avis du Comité de direction des services de l'hygiène.

Les candidats doivent produire, à l'appui de leur demande, leur acte de naissance, le diplôme de docteur en médecine, une pièce établissant leur qualité de Français et un certificat de bonne vie et mœurs. Les demandes doivent être adressées pour le jury de Paris au ministère de l'Intérieur, pour les quatre autres jurys aux directeurs de la santé.

L'examen comprend deux parties : une épreuve écrite et une épreuve orale.

L'épreuve écrite comporte : 1° une composition sur la pathologie des maladies infectieuses et contagieuses (maladies pestilentielles et exotiques ; maladies épidémiques et endémiques) ; 2° une composition sur la législation sanitaire (loi du 3 mars 1822 ; règlement du 4 janvier 1896 ; conférences internationales de Venise, de Dresde et de Paris).

Il est accordé aux candidats une heure et demie pour la rédaction de la composition de pathologie et une heure pour la rédaction de la composition de législation.

L'épreuve orale porte : 1° sur la pathologie des maladies infectieuses et contagieuses et sur la législation sanitaire ; 2° sur la bactériologie (coloration et diagnostic des principaux microbes pathogènes) ; 3° sur la pratique de la désinfection (préparation et usages des liquides antiseptiques ordinairement employés ; stérilisation avec les appareils usités dans les laboratoires et sur les navires).

— *Un débouché pour les médecins.* — M. le docteur Brouardel, doyen de la Faculté de Paris, signalait au banquet de l'Union des Syndicats, ce fait intéressant que 1.500.000 habitants, français d'origine, fixés au Canada, accueilleraient à bras ouverts les confrères français qui voudraient bien aller s'installer parmi eux et leur donner des soins.

Le Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MÉDICAL »

ANNÉE 1896

Cette table contient trois parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. — III. Table des Auteurs.

I

Partie Scientifique

A

B

C

D

E

F

G

H

Q

R

S

T

U

V

Z

II

Partie Professionnelle

A

B

C

D

E

S

T

U

V

III

Table des Auteurs

A

B

C

D

E

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.